

**DIE EFFEK VAN 'n SAPD KRISISONTLONTINGS-
OPLEIDINGSPROGRAM OP DIE PSIGOLOGIESE
WELSTAND VAN TOEKOMSTIGE
KRISISWERKERS**

ELIZMA VAN VUREN

**SKRIPSIE VOORGELê TER GEDEELTELIKE NAKOMING VAN DIE
VEREISTES VIR DIE GRAAD MAGISTER ARTIUM (KLINIESE
PSIGOLOGIE) IN DIE FAKULTEIT GESONDHEIDSWETENSKAPPE AAN DIE
POTCHEFSTROOMSE UNIVERSITEIT VIR CHRISTELIKE HOËR
ONDERWYS**

STUDIELEIER: PROF. H.J. VAN DER MERWE

POTCHEFSTROOM

MEI 1999

*OPGEDRA AAN PA, MA, NEEL, DERICK
EN NATUURLIK GEO*

INHOUDSOPGAWE

BEDANKINGS	IX
OPSOMMING	X
SUMMARY	XIII

HOOFSTUK 1. INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING

1.	INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING	1
2.	DOELSTELLINGS	3
3.	HIPOTEESES	4
4.	BEGRIPSOMSKRYWING	4
4.1	Polisie	4
4.2	Stres	5
4.3	Krisis	5
4.4	Krisisintervensie	6
4.5	Ontlonting	6
4.6	Krisiswerker/ontlonter	7
4.7	Coping	7
4.8	Psigologiese welsyn	8
5.	ONTPLOOING VAN DIE NAVORSINGSVERSLAG	8

HOOFSTUK 2: POLISIE, STRES, KRISIS, COPING EN PSIGOLOGIESE WELSYN

1.	INLEIDING	9
2.	POLISIËRING AS STRESVOLLE BEROEP	9
3.	OORSAKE VAN STRES IN DIE POLISIE	13
3.1	Interne oorsake	17
3.2	Eksterne oorsake	19
4.	GEVOLGE VAN STRES IN DIE POLISIE	20
4.1	Verminderde werksfunksionering	21
4.2	Psigologiese probleme	21
4.3	Fisiese gesondheidsprobleme	22
5.	UITBRANDING	24
5.1	Simptome van uitbranding	25
5.1.1	Fisiologiese simptome	26
5.1.2	Psigologiese simptome	26
5.2	Fases van uitbranding	26
6.	POST-TRAUMATIESE STRESVERSTEURING (PTSV)	28
6.1	Diagnostiese kriteria van PTSV	29
6.2	Die historiese ontwikkeling van PTSV	31
6.3	Die psigodinamika van post-traumatiese stres	32
6.4	Bydraende faktore	33

7.	KRISIS	35
7.1	Tipes krisis	36
7.2	Eienskappe van 'n krisis	37
7.3	Fases van 'n krisis	39
8.	KRISISBESTUUR ("CISM")	41
9.	KRISISINTERVENSIE	42
9.1	Historiese agtergrond	42
9.2	Terapeutiese invloede	44
9.2.1	Psigoanalitiese benadering	44
9.2.2	Die Sisteembenadering	45
9.2.3	Kliëntgesentreerde benadering	45
9.2.4	Gestaltbenadering	46
9.2.5	Rasioneel-emotiewe benadering	46
9.3	Modelle van krisisintervensie	47
9.3.1	Ekwilibriummodel	47
9.3.2	Kognitiewe model	47
9.3.3	Psigososiale transisiemodel	48
9.4	Eklektiese krisisintervensieteorie	48
9	ONTLONTING	50
10.1	Historiese agtergrond	51
10.2	Modelle van ontlonting	51
10.2.1	Mitchell (1983)	52
10.2.2	Dyregrov (1989)	55
10.2.3	Raphael (1986)	56
10.2.4	Parkinson (1997)	57
10.3	Die SAPD ontlontingsmodel	58
11.	DIE KRISISWERKER	63
11.1	Eienskappe van 'n effektiewe krisiswerker	63
11.2	Die effek van krisisintervensie op die krisiswerker self	67
11.3	Kategorieë van sekondêre traumatiese stresreaksies	68
11.4	'n Model vir die verstaan van die psigologiese effekte van sekondêre traumatiese stres	69
11.5	Die krisiswerker en uitbranding	71
12.	COPING	72
12.1	Die model van Moos (1994)	73
12.2	Tipes copingstrategieë	76
12.3	Die doeltreffendheid van copingstrategieë	77
13.	PSIGOLOGIESE WELSYN	79
13.1	Teorieë oor psigologiese gesondheid	80
13.2	Faktore wat psigologiese gesondheid bevorder	84
14.	SAMEVATTING	85

HOOFSTUK 3: EMPIRIESE HOOFSTUK

1.	INLEIDING	87
2.	METODE VAN ONDERSOEK	87
2.1	Navorsingsontwerp	87
2.2	Ondersoekgroep	87
2.3	Meetinstrumente	88
2.3.1	Biografiese vraelys	88
2.3.2	Skale vir die meting van trauma en stres	88
2.3.2.1	Traumakonstellasie-identifikasie Skaal/ Trauma Constellation Identification Scale [TCIS]	88
2.3.2.2	Waargenome stresskaal/ Perceived Stress Scale [PSS]	90
2.3.3	Skale vir die meting van copingstrategieë	92
2.3.3.1	COPE-vraelys/ COPE-Questionnaire [COPE]	92
2.3.3.2	Copingstrategie-indikator/ Coping Strategy Indicator [CSI]	95
2.3.3.3	Copingrespons vraelys vir volwassenes/ Coping Response Inventory-Adult Form [CRI]	97
2.3.4	Skale vir die meting van psigologiese welsyn	99
2.3.4.1	Koherensieskaal/ Sense of Coherence-Scale [SOC]	99
2.3.4.2	Lewenstevredenheidsvraelys/ Satisfaction with Life Scale [SWLS]	101
2.3.4.3	Verkorte affektometer 2/ Affectometer 2 [AFM]	102
3.	PROSEDURE	104
4.	STATISTIESE VERWERKING VAN RESULTATE	104
4.1	Die rekenkundige gemiddeld en standaardafwyking	104
4.2	Parametriese tegnieke	105
4.2.1	Gepaarde t-toets (t-toets vir afhanklike groepe)	105
4.2.2	Student t-toets	106
4.2.3	Praktiese betekenisvolheid en effekgroottes	106
5.	HIPOTESESTELLINGS	107
6.	SAMEVATTING	108

HOOFSTUK 4: RESULTATE EN INTERPRETASIE

1.	INLEIDING	109
2.	BIOGRAFIESE INLIGTING	109
2.1	Geslag en ras	109
2.2	Ouderdomme	111
3.	HIPOTESE 1	113
3.1	Voortoetstellings ten opsigte van skale wat trauma ten stres meet	113

3.2	Gemiddelde verskille na die natoetsing ten opsigte van skale wat trauma en stres meet	125
4.	KONKLUSIE	139
5.	HIPOTESE 2	140
5.1	Voortoetstellings ten opsigte van skale wat copingstrategieë meet	140
5.2	Gemiddelde verskille na die natoetsing ten opsigte van skale wat copingstrategieë meet	158
6.	KONKLUSIE	184
7.	HIPOTESE 3	185
7.1	Voortoetstellings ten opsigte van skale wat psigologiese welsyn meet	185
7.2	Gemiddelde verskille na die natoetsing ten opsigte van skale wat psigologiese welsyn meet	193
8.	KONKLUSIE	203

HOOFSTUK 5: GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

1.	INLEIDING	205
2.	SAMEVATTING EN GEVOLGTREKKINGS	205
2.1	Samevatting en belangrikste konklusies op grond van die literatuurontleding	205
2.2	Samevatting en belangrikste konklusies op grond van die empiriese ondersoek	210
3.	AANBEVELINGS VIR VERDERE NAVORSING	214

BRONNELYS	216
------------------	-----

LYS VAN TABELLE

TABEL 1:	Aantal polisiebeamptes vermoor gedurende 1991-1997	11
TABEL 2:	Vergelyking van die fases van die ontloeringsmodelle	52
TABEL 3:	Die SAPD traumahanteringsmodel	60
TABEL 4:	Geslag en ras van respondente	110
TABEL 5:	Ouderdomme van respondente	112
TABEL 6:	Beskrywende statistiek vir die voortoetstellings van die TCIS en PSS soos verkry by eksperimentele groep 1 en 2	114
TABEL 7:	Beskrywende statistiek vir die voortoetstellings van die TCIS en PSS soos verkry by die totale groep en kontrolegroep	119
TABEL 8:	Gemiddelde verskille van eksperimentele groep 1 en 2 ten opsigte van die TCIS en PSS	125
TABEL 9:	Gemiddelde verskille van die totale groep en kontrolegroep ten opsigte van die TCIS en PSS	133
TABEL 10:	Beskrywende statistiek vir die voortoetstellings van die COPE, CSI en CRI soos verkry by eksperimentele groep 1 en 2	141
TABEL 11:	Beskrywende statistiek vir die voortoetstellings van die COPE, CSI en CRI soos verkry by die totale groep en kontrolegroep	149
TABEL 12:	Gemiddelde verskille van eksperimentele groep 1 en 2 ten opsigte van die COPE, CSI en CRI	159
TABEL 13:	Gemiddelde verskille van die totale groep en kontrolegroep ten opsigte van die COPE, SCI en CRI	171
TABEL 14:	Beskrywende statistiek vir die voortoetstellings van die SOC, SWLS en AFM soos verkry by eksperimentele groep 1 en 2	185
TABEL 15:	Beskrywende statistiek vir die voortoetstellings van die SOC, SWLS en AFM soos verkry by die totale groep en kontrolegroep	189
TABEL 16:	Gemiddelde verskille van eksperimentele groep 1 en 2 ten opsigte van die SOC, SWLS en AfM	193
TABEL 17:	Gemiddelde verskille van die totale groep en kontrolegroep ten opsigte van die SOC, SWLS en AFM	198

LYS VAN FIGURE

FIGUUR 1: Moos (1994) se model	75
FIGUUR 2: Witmet en Sweeney (1992) se wiel van psigologiese Gesondheid en voorkoming	83

LYS VAN GRAFIEKE

GRAFIEK 1: Gemiddelde voortoetstellings van eksperimentele groep 1 en 2 ten opsigte van die TCIS	115
GRAFIEK 2: Gemiddelde voortoetstellings van die totale groep en kontrolegroep ten opsigte van die TCIS	120
GRAFIEK 3: Voor-natoetstellings van eksperimentele groep 1 ten opsigte van die TCIS	126
GRAFIEK 4: Voor-natoetstellings van eksperimentele groep 2 ten opsigte van die TCIS	129
GRAFIEK 5: Voor-natoetstellings van die totale groep ten opsigte van die TCIS	134
GRAFIEK 6: Voor-natoetstellings van die kontrolegroep ten opsigte van die TCIS	137
GRAFIEK 7: Gemiddelde voortoetstellings van eksperimentele groep 1 en 2 ten opsigte van die COPE	143
GRAFIEK 8: Gemiddelde voortoetstellings van eksperimentele groep 1 en 2 ten opsigte van die CSI en CRI	146
GRAFIEK 9: Gemiddelde voortoetstellings van die totale groep en kontrolegroep ten opsigte van die COPE	151
GRAFIEK 10: Gemiddelde voortoetstellings van die totale groep en kontrolegroep ten opsigte van die CSI en CRI	154
GRAFIEK 11: Voor-natoetstellings van eksperimentele groep 1 ten opsigte van die COPE	161
GRAFIEK 12: Voor-natoetstellings van eksperimentele groep 1 ten opsigte van die CSI en CRI	164
GRAFIEK 13: Voor-natoetstellings van eksperimentele groep 2 ten opsigte van die COPE	167
GRAFIEK 14: Voor-natoetstellings van eksperimentele groep 2 ten opsigte van die CSI en CRI	168

GRAFIEK 15: Voor-natoetstellings van die totale groep ten opsigte van die COPE	174
GRAFIEK 16: Voor-natoetstellings van die totale groep ten opsigte van die CSI en CRI	177
GRAFIEK 17: Voor-natoetstellings van die kontrolegroep ten opsigte van die COPE	180
GRAFIEK 18: Voor-natoetstellings van die kontrolegroep ten opsigte van die CSI en CRI	182
GRAFIEK 19: Gemiddelde voortoetstellings van eksperimentele groep 1 en 2 ten opsigte van die SWLS en AFM	187
GRAFIEK 20: Gemiddelde voortoetstellings van die totale groep en kontrolegroep ten opsigte van die SWLS en AFM	190
GRAFIEK 21: Voor-natoetstellings van eksperimentele groep 1 ten opsigte van die SWLS en AFM	194
GRAFIEK 22: Voor-natoetstellings van eksperimentele groep 2 ten opsigte van die SWLS en AFM	196
GRAFIEK 23: Voor-natoetstellings van die totale groep ten opsigte van die SWLS en AFM	199
GRAFIEK 24: Voor-natoetstellings van die kontrolegroep ten opsigte van die SWLS en AFM	201

BEDANKINGS

“DIE HERE IS MY STERKTE EN MY BESKERMER, OP HOM HET EK VERTROU. HY HET MY GEHELP...” (Psalm 28: 7)

- Prof. Hans van der Merwe vir sy leiding en ondersteuning.
- Pieter van Rensburg vir sy vertroue, ondersteuning en volgehoue motivering met “jy’s amper op die hond se stert!”.
- Lede van die SAPD wat die ontlontingsprogram aangebied het asook diegene wat bereid was om aan die toetsings deel te neem.
- Pieter, Jaco en Bouwer wat die toetsings afgeneem het.
- Prof. H.S. Steyn van die Statistiese Konsultasiediens vir die hulp met die statistiese verwerkings.
- Janna van Rensburg vir die taal- en tegniese versorging.
- My kollegas Elanza, Lampies, Stefan en Clarissa vir die saamkla, saamwerk en saamlag.
- Ma en Pa, Neel en Derick vir daardie put van liefde en ondersteuning wat nooit opraak nie.
- Geo, my liefde en nommer een ondersteuner, dankie vir alles.

AAN GOD AL DIE EER !

OPSOMMING

DIE EFFEK VAN 'n SAPD KRISISONTLONTINGS-OPLEIDINGSPROGRAM OP DIE PSIGOLOGIESE WELSTAND VAN TOEKOMSTIGE KRISISWERKERS

(Sleutelterm: stres, krisis, krisisintervensie, ontlasting, krisiswerker, coping, psigologiese welsyn)

Die doel van hierdie ondersoek was om die effek van 'n SAPD krisisonlontings-opleidingsprogram op die toekomstige krisiswerker te bepaal. Die spesifieke fokus was om vas te stel of die krisisonlontings-opleidingsprogram bydra tot 'n vermindering in die toekomstige krisiswerker se simptome van stres en of dit 'n verhoging in konstruktiewe copingvaardighede en psigologiese welsyn teweegbring. Die aard en dinamiek van stres, coping en psigologiese welsyn is vanuit verskillende teoretiese perspektiewe in die literatuur ontleed.

In die empiriese ondersoek is gebruik gemaak van 'n eksperimentele groep in die Noordwes-provinsie (24) sowel as in die Wes-Kaap (19). Die totale groep het dus uit 43 lede bestaan wat die krisisonlontings-opleidingsprogram deurloop het. Ouderdomme het gewissel van 21 tot 45 jaar. Die totale eksperimentele groep is vergelyk met 'n kontrolegroep (25) wat nie die opleidingsprogram deurloop het nie. Simptome van stres is bepaal deur die Trauma Constellation Identification Scale (TCIS) van Dansky *et al.* (1990) en die Perceived Stress Scale (PSS) van Cohen *et al.* (1983). Copingstrategieë is bepaal met behulp van die Cope-Questionnaire (COPE) van Carver *et al.* (1989), Coping Strategy Indicator (CSI) van Amirkhan (1990, 1994) en die Coping Resources Inventory-Adult Form (CRI) van Moos (1993). Psigologiese welsyn is vasgestel met behulp van die Sense of Coherence Scale (SOC) van Antonovsky (1987), die Satisfaction with Life Scale (SWLS) van Diener *et al.* (1985) en die Affectometer 2 (AFM) van Kammann en Flett (1983).

Volgens die voortoetstellings ten opsigte van die TCIS en PSS was dit duidelik dat die polisiepersoneel wat aan hierdie ondersoek deelgeneem het, 'n hoë mate van trauma en stres ervaar, tesame met 'n gevoel dat hulle nie altyd in staat is om hul omstandighede effektkief te kan hanteer nie. Voortoetstellings ten opsigte van die COPE, CSI en CRI het getoon dat polisiepersoneel in hierdie ondersoek, ten spyte van hoë tellings ten opsigte van minder aanpassende copingstrategieë, oorwegend van konstruktiewe copingvaardighede gebruik maak. Volgens die voortoetstellings ten opsigte van die SOC, SWLS en AFM was dit duidelik dat die polisiepersoneel in hierdie ondersoek 'n redelike hoë mate van psigologiese welsyn ervaar.

Na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram het die eksperimentele groepe 'n statisties betekenisvolle vermindering ten opsigte van simptome van stres getoon. Hierdie groepe het ook na afloop van die program 'n statisties betekenisvolle toename ten opsigte van konstruktiewe copingvaardighede en mate van psigologiese welsyn getoon. Aangesien die kontrolegroep na 'n verloop van tyd nie 'n betekenisvolle afname ten opsigte van stressimptome en betekenisvolle toenames ten opsigte van konstruktiewe copingvaardighede en mate van psigologiese welsyn getoon het nie, kan aanvaar word dat die positiewe veranderinge wat by die eksperimentele groepe voorgekom het, aan die krisisonlontings-opleidingsprogram toegeskryf kan word.

Daar word aanbeveel dat diegene wat deur middel van die krisisonlontings-opleidingsprogram as krisiswerkers opgelei is, na 'n verloop van tyd opgevolg moet word om vas te stel of die veranderinge standhoudend is en of die program, na sy of haar mening, voldoende voorbereiding was vir dit waaraan hulle blootgestel word. Aangesien persone van verskillende kulture as krisiswerkers opgelei word om onder verskillende kulture werkzaam te wees, word aanbeveel dat die invloed van verskillende kulture ten opsigte van stres, coping en psigologiese welsyn ondersoek moet word en dat bevindings in die krisisonlontings-opleidingsprogram geïmplementeer moet word. Uit hierdie ondersoek het dit geblyk dat polisiepersoneel wat administratiewe werk verrig (kontrolegroep) selfs 'n hoër mate van stres ervaar as diegene wat funksionele diens verrig (eksperimentele groepe). Verdere navorsing ten opsigte van die faktore wat hierdie stres

veroorzaak en die moontlike hantering daarvan word aanbeveel. Uit hierdie ondersoek het dit geblyk dat daar na afloop van die krisisonthoofdings-opleidingsprogram statisties betekenisvolle verskille tussen die twee eksperimentele groepe voorgekom het. Aangesien hierdie verskille waarskynlik te wyte is aan unieke, individuele opleidingsmetodes word aanbeveel dat programaanbieders in die Noordwes-provinsie en Wes-Kaap hul metodes en kennis moet integreer, sodat die program daardeur verryk kan word.

SUMMARY

THE EFFECT OF A SAPS CRISIS-DEBRIEFING TRAINING PROGRAM ON THE PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF THE FUTURE CRISIS WORKER

(Key concepts: stress, crisis, crisis intervention, debriefing, crisis worker, coping, psychological well-being)

The purpose of this study is to evaluate the effect of a SAPS crisis-debriefing training program on the future crisis worker. The specific focus was to establish whether the crisis-debriefing training program leads to a decrease in the stress symptoms of the future crisis worker and to an increase in constructive coping strategies and psychological well-being. The nature and dynamics of stress, coping and psychological well-being was analysed from certain specific different theoretical perspectives as found in the current literature.

In the empirical analysis an experimental group from the North West province (24) as well as an experimental group from the Western Cape (19) were used. The total group consisted out of 43 people who underwent the crisis-debriefing training program. Ages varied from 21 to 45 years. The total experimental group was compared with a control group (25) that did not undergo the training program. Symptoms of stress were determined by means of the Trauma Constellation Identification Scale (TCIS) by Dansky *et al.* (1990) and the Perceived Stress Scale (PSS) by Cohen *et al.* (1983). Coping strategies were determined by means of the Cope-Questionnaire (COPE) by Carver *et al.* (1989), the Coping Strategy Indicator (CSI) by Amirkhan (1990, 1994) and the Coping Resources Inventory – Adult Form (CRI) by Moos (1993). Psychological well-being were determined by means of the Sense of Coherence Scale (SOC) by Antonovsky (1987), the Satisfaction with Life Scale (SWLS) by Diener *et al.* (1985) and the Affectometer 2 (AFM) by Kammann and Flett (1983).

According to the pretest scores with regard to the TCIS and PSS it was clear that the police officials who took part in this investigation experienced a high level of trauma and stress together with a feeling that they were not always capable of handling their circumstances effectively. Pretest scores with regard to the COPE, CSI and CRI showed that the police officials in this investigation, in spite of high scores with regard to less adaptational coping mechanisms, predominantly make use of constructive coping mechanisms. According to the pretest scores with regard to the SOC, SWLS and AFM it was clear that the police officials that took part in this study, experienced a relatively high level of psychological well-being.

After the crisis-debriefing training program the experimental groups showed a statistically meaningful decrease with regard to symptoms of stress. These groups also showed a statistically meaningful increase in constructive coping abilities and level of psychological well-being after the program. Seeing that the control group did not show a meaningful decrease with regard to stress symptoms and meaningful increases with regard to constructive coping skills and level of psychological well-being, one can assume that the positive changes that occur in the experimental groups can be attributed to the crisis-debriefing training program.

It is recommended that those who were trained as crisis workers by means of the crisis-debriefing training program should be followed up to establish whether changes are permanent and whether the program was sufficient preparation for what they are exposed to. Seeing that people in different cultures are trained as crisis workers to work with different cultures, it is recommended that the influence of different cultures with regard to stress, coping and psychological well-being should be investigated and that the findings should be implemented in the crisis-debriefing training program. From this investigation it is obvious that police officials who do administrative work (the control group) experience an even higher level of stress than those who do functional work (experimental groups). Further research with regard to the factors which cause this stress and the possible management of the stress is suggested.

From this investigation it was clear that the two experimental groups showed statistically meaningful differences after the crisis-debriefing training program. Seeing that these differences could possibly be ascribed to the different training methods of the program presenters, it is suggested that the program presenters of the North West province and Western Cape should combine their methods and knowledge in order to enrich the program.

HOOFSTUK 1

INLEIDING, PROBLEEM- EN DOELSTELLING

1. INLEIDING EN PROBLEEMSTELLING

Suid-Afrika het tans 'n geweldige hoë misdaadsyfer, veral in vergelyking met wêreldnorme en standaarde. Volgens 'n besprekingsdokument van die Noordwes, waarbinne hierdie studie geloods is, was daar gedurende 1996 1 573 moorde, 1 831 pogings tot moord, 3 287 gevalle van diefstal met verswarende omstandighede, 4 426 verkragtings en 20 395 aanrandings met die doel om ernstig te beseer (North West 2001, 1997). Min beroepe is dus so veeleisend soos dié van die misdaadbekamper, oftewel die polisieman, aangesien hy gereeld aan onaangename en gevaarlike situasies blootgestel word (Conradie, 1992).

Konfrontasie met kritiese insidente kan veroorsaak dat 'n persoon (veral die polisieman in die huidige situasie asook potensiële krisiswerkers uit polisiegeledere) ongewone, sterk emosionele reaksies ervaar wat hul vermoë om te funksioneer, kan benadeel (Hodgkinson & Stewart, 1991). Langtermynblootstelling aan so 'n stresvolle omgewing het 'n negatiewe effek op beide die fisiese en geestelike gesondheid van die individu, en benadeel dus ook sy werkprestasie, sosiale en familie lewe (Conradie, 1992). Laasgenoemde word bevestig deur die feit dat daar tans, op enige gegewe dag, ongeveer 10 000 lede afwesig is van werk, hoofsaaklik as gevolg van gevaarlike hoë stresvlakke (Pretorius, 1998:1). Hoë stresvlakke en onvoldoende copingvaardighede kan die polisieman in 'n persoonlike krisis dompel en volgens Greenstone en Leviton (1993) kan 'n persoon wat self 'n krisis ervaar, nie 'n ander persoon help wat ook in 'n krisis is nie.

Volgens Schärf (1993) het dit dus noodsaaklik geword dat professionele hulp beskikbaar moet wees vir diegene wat met krisissituasies gekonfronteer word, om sodoende akute stres te verlig en simptome van uitbranding en post-traumatiese stres te voorkom of te verminder. Ook die

verhoogde mediadekking van rampe en krisissituasies het daartoe gelei dat mense meer bewus geword het van die impak wat sulke situasies op persone het, en hoe groot die behoefte aan onmiddellike intervensie en ondersteuning werklik is (Newburn, 1993).

Gedurende die laaste paar jaar het die SA Polisie Instituut vir Gedragwetenskappe verskeie projekte geloods om hulpdienste aan polisiebeamptes beskikbaar te stel, veral om hul bewus te maak van stressore en die effek daarvan op hul daaglikse lewe en hoe om daarmee te cope (Colley, 1995). Een van hierdie projekte is die krisisllyn wat aan die begin van Mei 1993 in die lewe geroep is, waarheen polisiebeamptes kan skakel om oor probleme te gesels (Huisamen, 1993:11). Tans hanteer hierdie krisisllyn ongeveer 30 oproepe per maand (Smith, 1998:11). Daarby is ook 'n ontloftingsprogram ontwikkel en nagevors deur kapt. Elize Jacobs van die Wes-Kaap (Sawyer, 1998:6). Hierdie program is gebaseer op die "Critical Incident Stress Debriefing (CISD)"-model van Mitchell (1983) wat ontwikkel is om die impak van trauma te verminder. Gedurende 1997 is 503 polisiepersoneel op grond van hierdie program as ontlofters opgelei en is 5326 polisiebeamptes ontloft na traumatiese insidente - 'n styging van 335 % vanaf 1992, toe ontlofting in Suid-Afrika bekend gestel is (Sawyer, 1998:6).

Ten spyte van die ontloftingsprogram en beskikbare hulpdienste, is selfmoordsyfers onder polisiepersoneel steeds ontstellend hoog. Volgens Vos (1995) het selfmoordsyfers gedurende 1991 en 1993 verdubbel (65 en 134 onderskeidelik). In die eerste agt maande van 1997 het 85 polisielede hul eie lewens geneem (De Haas, 1998). Die behoefte ontstaan dus om die effektiwiteit van die hulpdienste, hoofsaaklik die ontloftingsprogram, te ondersoek om sodoende ook vas te stel of die program aangepas en verbeter kan word om dit meer effektief te maak.

Daar word ook van die persoon wat, op grond van die ontloftingsprogram as ontlofter of krisiswaerker opgelei word, verwag om effektief te kan cope met die krisissituasie waarmee hy/sy gekonfronteer word (O'Hagen, 1986). Ook word verwag dat die krisiswaerker voortdurend beheer en kalmte moet uitstraal (Greenstone & Leviton, 1993). Tog word die krisiswaerker voortdurend gekonfronteer met sy eie vrese, paniek, vooroordele en onbevoegdhede, en is dit noodsaaklik dat hy/sy dit effektief moet kan hanteer (O'Hagen, 1986).

Volgens Hodgkinson en Stewart (1991) sal die krisiswerker wat 'n gevoel van welsyn ervaar waarskynlik minder stres ervaar en ook die krisissituasie meer effektief kan hanteer. Hierdie gevoel van welsyn verhoog wanneer die krisiswerker 'n mate van identifikasie met sy kliënt ervaar en ook 'n persepsie het dat hy kwaliteitwerk verrig en oor voldoende sosiale ondersteuning beskik. Laasgenoemde word bevestig deur Dryden en Fletham (1995) wat glo dat die mate waarin 'n persoon effektief eise kan hanteer, direk afhang van sy beskikbare bronne. Volgens Mokgatlhe en Schoeman (1998) speel 'n positiewe selfbeeld en 'n gevoel van bevoegdheid ook 'n belangrike rol in psigologiese welsyn. Aangesien die SAPD se krisisonlontings-opleidingsprogram fokus op selfaanvaarding en die aanleer van coping- en intervensiestrategieë, kan die toekomstige krisiswerker se gevoel van welsyn, en dus ook sy effektiwiteit as krisiswerker, verhoog.

Dit wil egter voorkom asof die krisiswerker en die gevoelens waarmee hy/sy gekonfronteer word deur navorsing verwaarloos word, veral vanweë die stereotipering dat die helper altyd sterk en vol planne moet wees (Hodgkinson & Stewart, 1991). Aangesien dit ook 'n leemte in Suid-Afrikaanse navorsing is, het Colley (1995) voorgestel dat die effek van die SAPD-krisisonlontings-opleidingsprogram op die krisiswerker self ondersoek moet word.

Spesifieke navorsingsvrae waarop met hierdie studie antwoorde gesoek word, is die volgende:

- 1.1 Kan die SAPD se krisisonlontings-opleidingsprogram bydra tot die vermindering van die toekomstige krisiswerker se simptome van stres?
- 1.2 Kan die SAPD se krisisonlontings-opleidingsprogram bydra tot 'n verhoging van konstruktiewe copingvaardighede?
- 1.3 Kan die SAPD se krisisonlontings-opleidingsprogram die toekomstige krisiswerker se mate van psigologiese welsyn verhoog ?

2. DOELSTELLINGS

Die doelstellings van hierdie studie is:

- 2.1 Om vas te stel of die SAPD se krisisonthoofdoelstellings-opleidingsprogram kan bydra tot 'n vermindering van die toekomstige krisisswerker se simptome van stres.
- 2.2 Om vas te stel of die SAPD se krisisonthoofdoelstellings-opleidingsprogram kan bydra tot 'n verhoging van die toekomstige krisisswerker se konstruktiewe copingvaardighede.
- 2.3 Om vas te stel of die SAPD se krisisonthoofdoelstellings-opleidingsprogram kan bydra tot 'n verhoging van die toekomstige krisisswerker se mate van psigologiese welsyn.

3. HIPOTHESES

Na afloop van die SAPD se krisisonthoofdoelstellings-opleidingsprogram sal die toekomstige krisisswerker:

- 3.1 se simptome van stres verminder;
- 3.2 oor verhoogde konstruktiewe copingvaardighede beskik; en
- 3.3 'n verhoogde mate van psigologiese welsyn toon.

4. BEGRIPSOMSKRYWING

Die hoofkonstrukte van hierdie ondersoek word in hoofstuk 2 nader ontleed. Hier word ter oriëntering volstaan met die onderstaande werksdefinisies en omskrywings van die hoofkonstrukte.

4.1 Polisie

Die polisie is 'n afdeling van die staatsdiens wat verantwoordelik is vir openbare orde en veiligheid (HAT, 1994). Volgens die OED (1980) is dit 'n siviele organisasie belas met die

regulering, dissiplinerings en beheer van die gemeenskap. Hul moet verseker dat wette en regulasies toegepas word en dat wetsoortredings voorkom en bestraft word.

4.2 Stres

Volgens Plug *et al.* (1988) is stres die totaliteit van liggaamlike en psigiese reaksies op nadelige en/of onaangename stimuli (insluitende eksterne omgewingstimuli soos lawaai en gevaar, asook interne stimuli soos - veral langdurige - angs, hewige emosies, bekommernis en spanning).

Volgens Anderson in Holcomb *et al.* (1994) is stres enige stimulus wat veroorsaak dat die individu aangepaste gedrag ontwikkel wat nuut of verskillend is van die persoon se normale gedrag. Stres is dus die som van alle nie-spesifieke biologiese verskynsels wat ontstaan as gevolg van ongunstige, eksterne invloede, insluitende skade en verdediging. Stres kan fisies, psigologies, of beide wees. Net soos wat 'n brug struktureel daartoe in staat is om aan te pas by sekere fisiese stressore, is die menslike liggaam en gees ook in staat om by die stres van nuwe situasies aan te pas. Hierdie menslike vermoë het egter definitiewe beperkinge, waaronder voortdurende stres wat 'n ineenstorting kan veroorsaak. Hierdie beperkinge verskil van persoon tot persoon (Sutherland & Cooper, 1990).

Stres is dus nie net 'n psigiese komponent nie, maar moet holisties beskou word binne die volle eksistensie van die mens. Elke persoon is potensieel weerloos ten opsigte van probleme, te veel stres en onvoldoende copingvaardighede (Greenstone & Leviton, 1993).

4.3 Krisis

Volgens Plug *et al.* (1988) is 'n krisis:

- 'n keerpunt gekenmerk deur 'n opvallende verbetering of agteruitgang; en
- 'n besluit of gebeurtenis met ingrypende psigologiese betekenis vir die individu.

'n Krisis is dus 'n buitengewone gebeurtenis of reeks gebeure wat skielik oorweldigend en dikwels

gevaarlik is vir die individu of betekenisvolle andere (Sonderup, 1996). Ook Brammer (1991) sien 'n krisis as iets wat onverwags gebeur en wat ons daaglikse roetine omverwerp. 'n Krisis is dus die gevolg van spanning en stres in 'n persoon se lewe. Namate stres toeneem, en copingvaardighede afneem, ontstaan die potensiaal vir 'n krisis (Greenstone & Leviton, 1993).

Vir die doel van hierdie studie word krisis, volgens Gilliland en James (1993) gedefinieer as 'n persepsie van 'n gebeurtenis of situasie as 'n ondraaglike probleem wat die persoon se bronne en copingmeganismes oortref.

4.4 Krisisintervensie

Krisisintervensie is 'n korttermyn-terapeutiese benadering wat daarop gemik is om die onmiddellike ongerief of simptome te verlig in gevalle van persone wat in 'n akute krisistoestand verkeer (Plug *et al.*, 1988). Volgens Hafen in Colley (1995) is krisisintervensie die proses van psigologiese noodhulp vir mense wat 'n krisis ervaar en oor onvoldoende copingvaardighede beskik om die situasie op hul eie te bemeester.

Die fokus van krisisintervensie is op die tydperk kort na 'n traumatiese gebeurtenis wanneer mense op só 'n emosionele wyse reageer wat 'n ineenstoring in hul daaglikse bestaan veroorsaak of kan veroorsaak. Die doel van interventie is dus om die ontstaan van meer langtermyn psigologiese simptome te voorkom en die slagoffer in staat te stel om sin uit hul ervaring te maak (Greenstone & Leviton, 1993).

4.5 Ontlonting

Ontlonting is 'n generiese term vir die "Critical Incident Stress Debriefing (CISD)"- proses. Laasgenoemde is 'n vorm van krisisintervensie wat oorspronklik deur Mitchell (1983) ontwikkel is. Die ontlontingsproses fokus op groepe van slagoffers van 'n kritiese insident of ramp, en bied hul die geleentheid om hul indrukke en begrip van die gebeurtenis op 'n sistematiese en gestruktureerde wyse oor te dra. Dit stel die slagoffer in staat om die gebeurtenis in 'n veilige en beheerde omgewing te herleef (Tehrani & Westlake, 1994). Ontlonting is dus 'n vinnige

intervensie waarin individue wat 'n spesifieke trauma ervaar, in 'n groep saamkom om oor die gebeure te praat. Dit verminder korttermyn emosionele en fisiese probleme en verminder die kans dat langtermyn stresreaksies kan ontwikkel tot post- traumatiese stresversteuring (Armfield, 1994).

4.6 Krisiswerker/ontlonter

Krisiswerkers of ontlonter verwys na alle mense wat opgelei is om krisisintervensie te kan doen (Parkinson, 1993). Die krisiswerker of ontlonter poog dus om die krisisslagoffer te help om tot 'n vlak van prekrisisfunksionering terug te keer - op 'n tyd wanneer sy/haar lewe struktuur kortkom. Met ander woorde psigologiese noodhulp word toegepas (Greenstone & Leviton, 1993). Krisiswerkers en ontlonter help dus die slagoffer om ervarings as gevolg van die trauma op 'n kognitiewe en emosionele vlak te integreer en sodoende 'n persepsie van beheer oor hul lewe te verkry (Tehrani & Westlake, 1994).

4.7 Coping

In hierdie navorsing word die term “coping” as leenwoord in Afrikaans gebruik. In konsultasie met verskeie taalkundiges is terme soos “hantering”, “behartiging”, ensovoorts oorweeg, maar dit het geblyk dat nie een van hierdie terme die betekenisinhoud wat tans teoreties met die term “coping” geassosieer word, raak beskryf nie.

In die literatuur word coping op verskillende wyses gekonseptualiseer en gedefinieer. In hierdie studie word daar egter volstaan by Wissing (1995) se definisie, naamlik dat coping verwys na verskillende perseptuele, kognitiewe en/of gedragsresponse waardeur gepoog word om situasies wat as pynlik, bedreigend, oorskreidend of moeilik (ten opsigte van interne en eksterne eise) getakseer word, die hoof te bied, te oorleef, te vermy, te kontroleer of die interpretasie van die gebeure of die konsekwensies daarvan te beïnvloed.

4.8 Psigologiese welsyn

Die konstruk "psigologiese welsyn" ("psychological well-being") word in hierdie ondersoek vanuit 'n salutogene paradigma gekonseptualiseer. Die fokus word geplaas op psigologiese gesondheid, mate van lewenstevredenheid, koherensiesin en positiewe affek soos gekonseptualiseer in Wissing en Van Eeden (1994). Ander terme wat in die literatuur gevind word en wat soms op dieselfde wyse as "psigologiese welsyn" gebruik word, is "geestesgesondheid/mental health", "psigologiese gesondheid/psychological health", "positiewe gesondheid/positive health" en "psigologiese welstand" (Seeman, 1989; Witmer & Sweeney, 1992; Winett, 1995).

Na aanleiding van 'n teoretiese en empiriese ondersoek van verskeie konstruksie geassosieer met psigologiese welsyn, het Wissing en Van Eeden (1994) 'n relatiewe sterk algemene psigologiese welsynsfaktor geïdentifiseer. Hierdie faktor dui op spesifieke affektiewe, gedrags-, kognitiewe en interpersoonlike kwaliteite. Skale wat hoog op hierdie faktor gelaai het, was Antonovsky (1987, 1993) se Sense of Coherence Scale, die Affektometer 2 van Kamman en Flett (1983) en Diener, Emmons, Larson en Griffen (1985) se Satisfaction With Life Scale. Na aanleiding van bogenoemde ondersoek word psigologiese welsyn vir doeleindes van hierdie studie dan gekonseptualiseer en geoperasionaliseer in terme van die mate van koherensiesin, lewensatisfaksie en positief-negatief-affekbalans wat persone ervaar.

5. ONTPLOOING VAN DIE NAVORSINGSVERSLAG

In hierdie inleidende hoofstuk is die probleemstelling, doelstellings en basiese hipoteses uiteengesit. In hoofstuk 2 word 'n ontleding van relevante literatuur ten opsigte van polisie, stres, krisis, krisisintervensie, ontlonting, krisiswaerker/ontlonter, coping en psigologiese welsyn gegee, en in hoofstuk 3 word die aard van die empiriese ondersoek uiteengesit. Die resultate en interpretasie daarvan word in hoofstuk 4 weergegee. In hoofstuk 5 word enkele konklusies en aanbevelings gemaak.

HOOFSTUK 2

STRES EN DIE POLISIEMAN

1. INLEIDING

In hierdie hoofstuk word eerstens 'n uiteensetting gegee van polisiëring as stresvolle beroep. Die oorsake en gevolge van stres binne die polisie kry aandag. Daarna word verwys na die voorkoms van uitbranding en post-traumatische stresversteuring (PTSV) in die polisie. Vervolgens word krisis, krisisbestuur ("CISM"), krisisintervensie en ontlonting ("CISD") vanuit die literatuur ontleed. Daarna word die klem geplaas op die krisiswaerker, coping en psigologiese welsyn.

2. POLISIËRING AS STRESVOLLE BEROEP

Soos reeds genoem, is stres die totaliteit van liggaamlike en psigiese reaksies op nadelige en/of onaangename stimuli, intern sowel as ekstern (Plug *et al.* 1988). Huisamen (1993) sluit hierby aan en beskou stres as 'n fisiologiese en psigologiese respons op uitdagings en bedreigings wat in 'n persoon se lewe voorkom. Dit is 'n uitdrukking van die wyse waarop die mens met die eise wat die omgewing aan hom stel, sowel as die wyse waarop hy die eise wat hy innerlik vind, hanteer. Stres beïnvloed dus die mens en sy gedrag (Van Rooyen, 1987).

Weinig beroepe blyk so stresvol te wees en stel soveel eise aan die werknemer, soos dié waarmee die hedendaagse polisiebeampte mee te kampe het (Wilson, 1993). Eenhede van die SAPD word op 'n daaglike basis met die dood en lewensbedreigende situasies gekonfronteer (Burgers, 1994). Nel en De Lange (1993) bevestig dat die polisiebeampte in 'n hoogs stresvolle en onvoorspelbare omgewing diens moet verrig. Veral met betrekking tot openbare diensverrigting word die individuele beampte dikwels aan toestande blootgestel wat die res van die gemeenskap eerder wil vermy of ignoreer. In geen ander beroep is die individu se taak so onderhewig aan verandering op die korttermyn en op 'n meer komplekse basis nie. Ook word weinig ander beroepe deur meer

faktore, intern sowel as ekstern, beïnvloed (Wilson, 1993).

Alhoewel ander beroepe ook in burokratiese omgewings met beperkte inspraak voorkom, moet die polisie aan eiesoortige eise voldoen. Polisiebeamptes is byvoorbeeld maklik waarneembaar in die uitvoering van hul take en derhalwe 'n teiken. Volgens De Haas (1998) is daar in 'n studie gevind dat ongeveer **66 %** van polisiebeamptes onveilig voel in hul werksomgewing en tuis. Meer belangrik is die feit dat hulle weens hul waarneembaarheid deurgaans toerekenbaar vir hul aksies is. Hulle word dus met 'n vergrootglas dopgehou (Koortzen, 1996).

Polisiebeamptes se gevoel van onveiligheid is verstaanbaar as mens kyk na die totaal van SAPD-lede wat in die afgelope paar jaar vermoor is, soos die volgende tabel in Minnaar (1998:72) illustreer:

TABEL 1: AANTAL POLISIEBEAMPTES VERMOOR GEDURENDE 1991-1997

Jaar	Aan diens	Van diens af	Totaal
1991	65	99	164
1992	116	137	253
1993	104	176	280
Subtotaal:1991-93*	285	412	697
1994	77	177	254
1995	78	149	227
1996	71	140	211
1997	86	146	232
Subtotaal:1994-97	312	612	924
Totale:1991-97	597	1024	1621

* Hierdie syfers is slegs vir die SAP-distrikte en sluit nie die in van Transkei, Bophuthatswana, Venda, Ciskei en die voormalige tuislande van Lebowa, Gazankulu en KwaZulu in nie.

Na aanleiding van bogenoemde tabel is dit duidelik dat die aantal moorde per jaar konstant bo 200 is. Hierdie hoë vlak van moorde onder Suid-Afrikaanse polisiebeamptes kan nie internasionaal oortref word nie. Volgens Minnaar (1998) word 'n gemiddeld van 16 polisielede jaarliks in New York vermoor en in die Verenigde Koningryke word 'n gemiddeld van 6-9 moorde gerapporteer. In Australië en Nieu Zeeland is die syfers laer as 5 per jaar en slegs een polisiebeampte is tydens 1997 in Holland vermoor. Hierdie onstellende hoë moordsyfers het 'n ernstige effek op die moreel van polisiebeamptes. Ook die feit dat hul, selfs wanneer hulle van diens af is, steeds 'n teiken is, verhoog die polisiebeampte se gevoel van onveiligheid en 'n gebrek aan sekuriteit (Minnaar, 1998).

Daar kan dus met reg gesê word dat, om lid van die SAPD te wees, 'n beroep is wat in die hoogste stresvlak kwalifikasie geplaas kan word (Ferreira, 1993). Die stresvolle omgewing affekteer, vorm en laat littekens by die individue en hul families (Van Rooyen, 1987). Volgens Pretorius (1998) het die hoë vlakke van stres onder polisiebeamptes ook 'n negatiewe invloed op polisiëring oor die algemeen en dit word gereflekteer deur die voorkoms van selfmoord, wegbly van die werk en bedankings. 'n Gemiddeld van 450 polisiebeamptes verlaat die mag elke maand. Selfmoordsyfers het gedurende die 1990's konstant hoog gebly en volgens De Vos in De Haas (1998) het die syfer verdubbel tussen 1991 en 1993 (65 en 134 onderskeidelik). In die laaste ses maande van 1997, het 85 polisiebeamptes hul eie lewens geneem. Gedurende 1997 het daar, slegs in die Vrystaat, 400 polisiebeamptes gedreig om selfmoord te pleeg (Smith, 1998).

Volgens Huisamen (1993) kan in wese aanvaar word dat polisiestres 'n wanbalans is tussen die polisiebeampte se vermoë om effektief aan sy beroepsvereistes te voldoen en terselfdertyd effektief op te tree. Daar is dus hoofsaaklik drie komponente by stres betrokke, naamlik:

- 'n stressor - 'n interne of eksterne gebeurtenis in 'n persoon se omgewing;
- 'n persoon se belewing of waarneming van die spesifieke situasie; en
- die persoon se spesifieke stresreaksies wat psigies, fisies of emosioneel kan wees.

Daar kan dus aanvaar word dat die polisiebeampte se werk verskil van ander beroepe, veral as gevolg van die mate van stres wat daarmee gepaard gaan en die feit dat hy gereeld met traumatiese en kritiese insidente gekonfronteer word. Blignaut (1998) definieer hierdie traumatiese of kritiese insidente as enige insident ('n ongeluk, skietvoorval, bomontploffing, dood of enige insident wat 'n persoon se identiteit, betekenis, sekuriteit en selfwaarde skend) wat 'n persoon se verhouding met die gemeenskap, sy/haar werk, familie, huwelik, geloof en intrapersoonlike verhoudings beïnvloed. Volgens Brown en Campbell (1994) is 'n kritiese insident 'n traumatiese ervaring vir die polisiebeampte indien dit:

- skielik en onverwags is;
- groter is as die persoon se vermoë om dit te kan hanteer;
- dit die wyse waarop die persoon dinge sien en ervaar versteur; en
- 'n toestand van emosionele ongemak en stres veroorsaak.

Opsommenderwys kan gesê word dat die polisiebeamte in Suid-Afrika se beroep inderdaad geweldig stresvol is vanweë daaglikse blootstelling aan dood en kritiese insidente. Polisiebeamptes voel daarby voortdurend onveilig, aangesien hul 'n teiken is in hul werksomgewing sowel as tuis. Die oormatige stres wat die polisiebeampte ervaar, benadeel sy/haar beroepseffektiwiteit en laat sy merk op verhoudings met die gemeenskap, familie en geloof. Vervolgens sal die vernaamste oorsake van stres in die polisie ondersoek word.

3. OORSAKE VAN STRES IN DIE POLISIE

Verskeie internasionale studies aangaande die stressore van polisiewerk het reeds verskyn. Hierdie studies fokus nie alleenlik op die bronne van stres nie, maar ook op die graad van ernstigheid van die verskillende stressore. Die resultate van sommige van die studies word soos volg deur Cacioppe en Mock (1985) saamgevat:

CACIOPPE EN MOCK SE SINTESE VAN STRESSORE

INDIVIDU

Vrees vir fisiese beserings en dood

Identiteit en uniform

Konflik tussen self en werksrol/ polisie

Emosionele afgetrokkenheid/ rigiede waardes

Besorgdheid oor status/ manlike ego

Siniese/ negatiewe siening van ander

Outoritêr/ konservatief

Swak gesondheid, swak hanteringsvermoë

AARD VAN WERK

Blootstelling aan ellende en wreedheid

Gevaar-/krisissituasies

Werksoorlading

Verveling/ ledigheid/ roetinerwerk

Motorongelukke

Skryfwerk

Tweede werk

Ongelyke salarisse

Onduidelike werksvereistes

Rassesituasie

Spesialisasie/toenemende tegnologie

PORTUURWERKGROEP

Ongelykhede in status

Groepopvatting/ verwagting “macho man”

Kompetisie vir bevordering

Konformerende groepdenke

Konflikterende waardes/ doelstellings/ persoonlikheid

Geslagsdiskriminasie

BESTUUR/ TOESIGHOUDING/ LEIERSKAP

Swak/ oneffektiewe leierskap/ onregverdig

Dubbele standaard - “wat ek sê vs wat ek doen”

Rekenskap aan verskeie toesighouers

Tegniese/ bestuursonvermoë

HUISLIKE EN SOSIALE LEWE

Huweliksonmin/ egskeiding

Ontwikkeling van gesinslewe/ beperkte tyd/ ongereelde naweke

Probleme met kinders

Lewenstylfaktore/ alkohol/ rook/ dieet/ oefening

Manlike/vroulike stereotipe rolle

Seksuele promiskuiteit

Openbare beeld in woonbuurt

Jaloesie

Verlies aan vriende (nie polisie)

Selfmoord

Laer sosiale status

Periodieke sosiale onttrekking

Woede/ geïrriteerdheid gerig op gesinslede

Oorbeskerming van gesinslede

Uitputting: emosioneel/ intellektueel/ fisies

Ontwrigting weens verplasing

PUBLIEKE/ SOSIALE OMGEWING

Klagtes deur publiek/ regsgeding

Politieke en bestaande belange

Tekort aan regering/ publieke ondersteuning

Konflikterende verwagtings deur publiek

Swak publieke beeld

Gemeenskapsapatie

Deteriorasie van dissipline/ standarde

Publieke demonstrasie/ georganiseerde militante groepe

Grootskaalse gebeure/ katastrofes

HOWE/ WETLIKE SISTEME

Oneffektiewe wetlike sisteem

Buigsame/ onvanpaste besluite
Verhoorskedulering
Beïnvloeding deur sosiale of politieke opinie
Mediadekking
Optrede in howe

ORGANISATORIESE/ POLISIEPROSEDURES/ BRONNE

Onvoldoende toerusting
Swak opleiding/ behoefte aan verbetering van vaardighede
Oneffektiewe beloningsisteme
Onvanpaste departementele beleid/ prosedures
Rigiede hiërargie en rangorde
Oormatige papierwerk
Departementele politiek en territoriale belange
Tekort aan programme vir beroepsontwikkeling
Burokratiese-omgewing
Dubbelsinnige boodskappe
Vertraagde besluitneming
Weerstand teen verandering
Lae moreel

ORGANISATORIESE BESTUURS-/TOESIGHOUDENDE VLAK

Magstryd
Groter verantwoordelikheid vir mense
Meer verantwoordelikheid – groter vrees vir mislukking
Toesighouer – probleme met ondergeskiktes
Isolasie van porture
Teleurstelling na bereiking van topposisie
Tekort aan werklike kontrole – onregverdige blaam
Beperkte mannekrag en toerusting
Tekort aan ondersteuning vir hoër vlakke

Bogenoemde maak voorsiening vir nege streskategorieë wat in die literatuur beskryf word. Volgens Cacioppe en Mock (1985) sluit hierdie kategorieë in: aard van die werk; huislike en sosiale lewe; werkgroep; die individu self; bestuur/toesighouding; organisatories/bestuur; organisatories/ beleid; prosedures en hulpbronne; publieke en sosiale omgewing en howe/ wetlike sisteem. Dit skyn asof stressore vir polisiebeamptes hoofsaaklik in drie breë sfere voorkom, naamlik die individu self, interne en eksterne werksomgewings, terwyl die streskategorie “aard van die werk” met beide interne en eksterne werksomgewings verband hou.

Stressore in die interne werksomgewing verwys na die aard van die werk (intern) en sluit organisatoriese bestuur, toesighouding, beleid, prosedures en die gebrek aan hulpbronne in. Stressore in die eksterne werksomgewing word in die publieke, sosiale en wetlike omgewings waarin die polisiebeampte werksaam is, gevind. Sommige van die stressore in die kategorie “aard van die werk”, byvoorbeeld gevaarsituasies, sou hieronder kon ressorteer.

Die derde sfeer van stressore, naamlik stres wat met die individue self en hul huislike lewe verband hou, is deur Stearns (1992) as een van die mees problematiese areas in die polisiebeampte se lewe beskryf. Hy het in ‘n studie gevind dat ‘n gebrek aan ondersteuning deur die bestuur en die gemeenskap, asook die konflikterende eise van polisiewerk, van die ernstigste stressore is.

Nel (1998) identifiseer die volgende oorsake van trauma en stres vir die polisiebeampte:

3.1 INTERNE OORSAKE

Interne oorsake kan verdeel word in: dié op die vlak van organisasie; op die vlak van die eenheid of stasie; en dié op persoonlike vlak.

- **Op organisatoriese vlak**

Wanneer politieke en sosiale transformasie in ‘n gemeenskap voorkom teen die spoed waarteen dit in Suid-Afrika gebeur, gaan dit hand aan hand met die ervaring van angs en onsekerheid. Dit is moeilik vir polisiebeamptes om aan te pas by al die veranderinge wat ook hul eie lewens en

werk affekteer, terwyl hul ook stabiliteit en wet en orde in 'n gemeenskap wat besig is met die proses van verandering, moet verseker (Nel, 1998).

Volgens Pretorius (1998) kan daar gehipotetiseer word dat veranderinge binne die SAPD as organisasie tans teen 'n vinniger pas plaasvind as in die individuele polisiebeampte. Laasgenoemde dra by tot gevoelens van ongemak, siekte en 'n gebrek aan werksekuriteit

- **Op stasie-/eenheidsvlak**

Volgens Nel (1998) het die bestuur van die SAPD 'n gebrek aan begrip en sensitiwiteit ten opsigte van trauma en krisis wat deur lede ervaar word, asook 'n gebrek aan die nodige vaardighede om dit te kan hanteer. Gevolglik word die trauma van lede dikwels nie raakgesien nie, en word toepaslike stappe soos ontlonting en verwysing, nie gedoen nie. Brown en Campbell (1994) bevestig dat daar 'n algemene gebrek aan probleemoplossingsvaardighede onder die bestuur en die lede self is, wat 'n verhoging in die ervaring van stres veroorsaak. Volgens Pretorius (1998) is daar onvoldoende hulp beskikbaar vir polisiebeamptes wat aan oormatige stres en trauma blootgestel is. Tans is daar slegs 90 sielkundiges beskikbaar vir 'n getal van 131 000 polisiebeamptes. Nel (1998) stel dit duidelik dat polisiebeamptes op stasie-/eenheidsvlak, oormatige blootstelling aan trauma en geweld ervaar. Daarby dra onvoldoende beskerming (soos koeëlvaste baadjies) ook by tot die hoë getal van operasionele ongevale binne die SAPD, wat dan ook die ervaring van stres verhoog.

- **Op persoonlike vlak**

Die polisiebeampte het baie rolle waarvan heelwat hom in gevaarlike en skrikwekkende situasies plaas. Gevolglik word die polisiebeampte dikwels beskryf as 'n sekondêre slagoffer vanweë sy daaglikse blootstelling aan kritiese en traumatiese insidente (Nel, 1998).

Volgens Siegel en Driscoll (1995) en Burgers (1994) sluit bogenoemde kritiese en traumatiese insidente situasies soos die volgende in:

- die dood of besering van 'n polisiebeampte;
- poging tot moord op 'n polisiebeampte;
- skietvoorvalle;
- selfmoord na velerlei onderhandelinge;
- 'n hoë dodetal op 'n toneel;
- rampe (bus-, vliegtuig-, treinongelukke);
- die dood of fisieke misbruik van kinders;
- ernstige besering of dood van 'n vrou/ma wat kinders agterlaat; en
- selfmoord onder polisiebeamptes.

Nel (1998) is van mening dat polisiebeamptes onvoldoende opgelei is om hierdie hoë blootstelling aan geweld en dood te kan hanteer. Gevolglik word hul afgestomp en onsensitief, en maak hul van potensieel destruktiewe copingmeganismes, soos alkohol misbruik, gebruik.

Volgens Brown en Campbell (1994) dra die “macho”-kultuur van die SAPD by tot 'n beperkte uitdruk van persoonlike gevoelens en ontstaan die misinterpretasie dat die polisiebeampte altyd kalm en beredeneerd moet voorkom. Pretorius (1998) bevestig dat die polisieman selde hulp soek as gevolg van 'n “cowboys dont cry”-polisiekultuur.

3.2 EKSTERNE OORSAKE

Dit sluit in, soos reeds genoem in Nel (1998), die snelle politiese en sosiale verandering in Suid-Afrika. As gevolg van die veranderinge het die eise van die polisiebeampte se werk substansieel gestyg. Volgens Pretorius (1998) doen die negatiewe houding van die publiek, die gebrek aan vertroue deur die gemeenskap en die gebrekkige ondersteuning vir die pogings van die polisie, min om die situasie te verbeter. Lang werksure en die feit dat polisiebeamptes gereeld weg van die huis af is, dra by tot gespanne familieverhoudings. Swak salarisse en finansiële beperkinge lei ook tot 'n verhoging in stres. Onvoldoende behuising en leefomstandighede doen min om die polisiebeampte te ondersteun en om hom gewaardeer te laat voel (Brown & Campbell, 1994).

Huisamen (1993) identifiseer ook die volgende stressore wat stres en spanning vir die

polisiebeampte veroorsaak:

- familiestressore, soos gesinskonflik, huweliksprobleme en siekte in die familie;
- werkstressore, soos die druk van spertye, vervelige werk, oormatige werkslading;
- sosiale stressore, soos sosiale isolasie, min vriende en armoede;
- omgewingstressore, soos misdaad in woongebiede en swak leefomstandighede;
- fisiese stressore, soos beserings, pyn en siektes; en
- veranderende stressore soos 'n nuwe beroep of verplasing.

Ter opsomming blyk dit dat stres in die polisie aan sekere interne en eksterne faktore toegeskryf kan word. Interne faktore sluit in die snelle politieke en sosiale veranderinge in die polisiebeampte se werk en persoonlike lewe. Die SAPD toon ook 'n gebrek aan begrip en sensitiwiteit ten opsigte van trauma en beskik daarby ook nie oor die nodige vaardighede om dit te kan hanteer nie. Eksterne oorsake van stres sluit in 'n gebrek aan vertroue en ondersteuning aan die kant van die gemeenskap. Lang werksure, oormatige werkslading, swak behuising en salarisse kan ook hierby ingesluit word.

Vervolgens sal die vernaamste gevolge van bogenoemde stressore bespreek word.

4. GEVOLGE VAN STRES IN DIE POLISIE

Volgens Van Rooyen (1987) is daar 'n groot verskeidenheid psigologiese, fisiologiese en gedragsveranderinge wat simptome van individuele spanning kan wees.

Brown en Campbell (1994) identifiseer drie tipes negatiewe effekte van stres op die polisiebeampte, naamlik:

- 4.1 verminderde werksfunksionering;
- 4.2 psigologiese probleme; en
- 4.3 fisiese gesondheidsprobleme.

4.1 Verminderde werksfunksionering

Verminderde werksfunksionering sluit in probleme ten opsigte van die effektiewe uitvoering van pligte, sowel as afwesighede en voortydige aftreding. Van die eerste tekens van stres wat in die werkplek waargeneem kan word, is onder andere konsentrasieprobleme, verhoogde vergeetagtigheid, laatkommery by die werk, gebrek aan belangstelling en motivering en verlengde etensure (Brown & Campbell, 1994). Nalatige foute, konflik met medewerkers, geïrriteerdheid en aggressie is ook tekens van stres wat die polisiebeampte se werk kan benadeel (Sonderup, 1996).

Volgens Lazovik (1995:57) sal 'n persoon wat stres ervaar se denkprosesse stadiger wees en verwarring kan voorkom. Probleme ten opsigte van besluitneming en probleemoplossing kan ervaar word. Oormatige stres lei dikwels ook tot 'n voortdurende gevoel van mislukking, soos aangedui word deur uitdrukkings soos "ek kan nie genoeg doen nie" en "ek kry niks reg nie". So 'n persoon word dan sinies teenoor slagoffers, medewerkers en oor die wêreld in die algemeen (Greenstone & Leviton, 1993).

Al die bogenoemde effekte van stres veroorsaak dat die polisiebeampte nie oor die nodige geestelike en emosionele kapasiteit beskik om sy werk effektief te kan verrig nie. Voortdurende blootstelling aan stresvolle omstandighede dwing die polisiebeampte om te ontsnap, eerder as om hulp te soek (Burgers, 1994). Laasgenoemde kan geïllustreer word deur die hoë aantal afwesighede en bedankings in die SAPD. In Gauteng, wat van die grootste polisiestasies in die land het, is daar daaglik ongeveer 40 % van die totale mag afwesig (Pretorius, 1998).

4.2 Psigologiese probleme

Volgens Brown en Campbell (1994) is depressie, angs en alkoholmisbruik die mees algemene psigologiese probleme as gevolg van oormatige stres. Gedurende 1997 het die PSWS 9 552 gevalle van alkoholafhanklikheid hanteer. As in gedagte gehou word dat 'n groot gedeelte van die SAPD steeds 'n wanpersepsie van wantroue in die maatskaplike werkers en sielkundiges het, kan aanvaar word dat die werklike getalle veel meer moet wees as die wat gerapporteer is

(Stutterheim, 1998).

Oormatige stres lei dikwels ook tot paranoia, verwardheid en oordrewe vrese met betrekking tot persoonlike gesondheid en fisiese beserings, asook tot 'n disintegrasie van persoonlikheid wat weerspieël word in 'n disoriëntasie tot persone, plekke en tyd asook 'n onvermoë om tussen emosie en objektiewe realiteit te onderskei (Koortzen, 1996).

Depressie is 'n algemene gevolg van oormatige stres en resulteer in gevoelens van hartseer, verwerping en isolasie. Die depressiewe polisiebeampte probeer dan dikwels om kontak met die omgewing en ander te minimaliseer (Lazovik, 1995). Laasgenoemde simptome, saam met die onvoorspelbaarheid van werksure, lei dikwels tot huweliks- en gesinskonflik. Weinig polisiebeamptes slaag werklik daarin om nie deur die aard van hul werksomstandighede beïnvloed te word nie. Gevolglik word 'n werkspersoonlikheid ontwikkel wat met verloop van tyd so intens word dat daar moeilik buite werksure daarvan ontslae geraak kan word. Die polisiebeampte se werk kom dan dikwels in konflik met sy/haar verantwoordelikheid as lid van die gesin (Wilson, 1993). Volgens Brown en Campbell (1994) is daar 'n algemene aanname dat polisiebeamptes 'n hoër egskeidingsyfer het as ander groepe in die gemeenskap.

Soos reeds genoem, kan oormatige stres tot depressie lei, en laasgenoemde resulteer dikwels in selfmoord en selfmoordpogings. Die profiel van selfmoord onder polisiebeamptes is dat dit meer impulsief gebeur omdat hul altyd vuurwapens by hulle het. In baie gevalle is die persoon ook onder die invloed van drank, met ander woorde min selfmoorde word vooraf beplan. Selfmoord kom veral voor onder lede op grondvlak en veral in uniformtakke van die SAPD. Die beamptes is gewoonlik tussen 25 en 29 jaar oud, dra 'n vuurwapen, is gewoonlik 'n onderoffisier en het tussen 0 en 5 jaar diensondervinding (Smith, 1998).

4.3 Fisiese gesondheidsprobleme

Oormatige stres kan aanleiding gee tot 'n verskeidenheid van gesondheidsprobleme, naamlik hoë bloeddruk, maagsere, hart-, asemhalings- en velprobleme (Brown & Campbell, 1994). Naarheid, tremors, oormatige sweet, koue rillings, duiseligheid, borspyne, hoofpyn en versteurde

slaappatrone kan ook hierby ingesluit word (Lazovik, 1995).

Ander effekte op fisiese gesondheid is meer indirek en word veroorsaak deur veranderinge in gedrag of lewenstyl as gevolg van blootstelling aan stressore. Voorbeelde hiervan is rook en drink (Sonderup, 1996).

Volens Violanti, Vena en Marshall (1986) kan die verhoogde voorkoms van kanker van die spysverteringsorgane onder polisiebeamptes toegeskryf word aan die beampte se lewenstyl, skofwerk, ongereelde en swak eetgewoontes, rook, asook oormatige alkohol en kafeïen innames. Volgens 'n studie van Milham (1983) is gevind dat polisiebeamptes 'n verhoogde risiko loop om uiteindelik te sterf aan kanker van die kolon en lewer, diabetes en hartsiektes.

Volgens Brown en Campbell (1994) kan fisiese gesondheidsprobleme op sigself 'n belangrike stressor vir die individu wees. Akute siektetoestande kan angs verhoog en lei tot depressiewe versteurings. In organisasies soos die Polisiediens, is lede veral bekommerd oor die effek van siektetoestande op hul vermoë om met hul werk voort te gaan. Chroniese siektes kan geminimaliseer of weggesteek word uit vrees dat hul hul werk kan verloor. 'n Fisiese besering tydens werksure kan ook lei tot 'n verhoging in psigologiese versteurings. Volgens 'n studie van Malt (1988) is gevind dat van die 107 beseerde volwassenes wat bestudeer is, ongeveer 17 % 'n psigologiese versteuring ontwikkel het.

Uit bogenoemde is dit duidelik dat stres 'n geweldige effek op die polisieman en sy funksionering kan hê. Volgens Huisamen (1993) kan daar ook tussen sekere kort- en langtermyngevolge van stres onderskei word, naamlik:

- **Korttermyngevolge**

- Persoonlikheid**

- 'n Tydelike toename in angs, spanning, irritasie en drank- en dwelmgebruik.

- Gesondheid**

- 'n Tydelike toename in rook, hoofpyn, hartpyn, bloeddruk en cholesterolvlakke.

Werkverrigting

Werkspanning, humeurigheid, slordigheid en apatie teenoor werktaak.

Gesinslewe

Sporadiese onttrekking, verplaasde woede of aggressie, asook buite-egtelike aktiwiteite.

- **Langtermyngevolge**

Persoonlikheid

Depressie, alkoholisme, vervreemding, lae selfaktualisering en selfmoord.

Gesondheid

Chroniese siektetoestande soos maagswere, hoë bloeddruk, koronêre hartsiektes en asma.

Werkverrigting

Lae produktiwiteit, verhoogde foutering, werksontevredenheid, ongelukke en afwesigheid by die werk.

Gesinslewe

Egskeiding, sosiale isolasie en swak menseverhoudinge.

Opsommenderwys blyk dit dat oormatige stres in die polisie aanleiding kan gee tot verminderde werksfunksionering, psigologiese probleme en fisiese gesondheidsprobleme. Sekere kort- en langtermyngevolge van stres is ook onderskei.

Soos reeds genoem, kan oormatige stres aanleiding gee tot psigologiese versteurings (Brown & Campbell, 1994). Uitbranding en post-traumatiese stresversteuring is algemeen onder die polisie-kultuur en sal vervolgens breër omskryf word.

5. UITBRANDING

Die term “uitbranding” is sowat tien jaar gelede deur dr. Herbert Freudenberger geskep vir wat hy waargeneem het as fisiese en emosionele vervlakking as gevolg van werksomstandighede (Paine, 1982). Daarna is navorsing gedoen oor hierdie konsep. Kritici is van mening dat uitbranding ‘n nuwe etiket is vir ‘n probleem wat al lankal bestaan. Sommige noem dat dit

aanvanklik as depressie bekend gestaan het en nou uitbranding genoem word. Ander kritici praat weer van kranksinnigheid, apatie, verveeldheid, middeljarekrisis of werkstres wat nou as uitbranding bekend staan (Maslach, 1982).

Plug *et al.* (1993) beskou uitbranding as emosionele uitputting, depersonalisasie en 'n afname in persoonlike prestasie wat voorkom by persone wat met mense werk. Dit kan dus as 'n vorm van werksgeoriënteerde stres beskou word wat ontstaan uit die sosiale interaksie tussen die hulpverlenende persoon en die ontvanger daarvan.

Uitbranding word nie gewoonlik as 'n krisis gesien nie, aangesien dit langamerhand ontwikkel. Daar is dus nie 'n kritieke punt of gebeurtenis wat geïdentifiseer kan word as die oorspronklike trauma nie. Dit is eerder 'n stadige, stabiele erosie van die gees en energie as gevolg van daaglikse moeilikhede en chroniese stres wat tipies is van hul daaglikse werk en lewe. Die krisis verskyn eers wanneer die persoon totaal uitgeput is deur die omgewing, sodat hul op buitengewone wyses verligting probeer kry, byvoorbeeld deur bedanking, die ontwikkeling van 'n ernstige psigosomatiese siekte, substansmisbruik en selfs selfmoord (Gilliland & James, 1993).

Ook Wieten en Lloyd (1994) beskou uitbranding as 'n fisiese, geestelike en emosionele uitputting wat aan werkstres toegeskryf kan word.

5.1 SIMPTOME VAN UITBRANDING

Volgens Fuller en Peters (1982) kan uitbranding volgens die tipe reaksie wat dit ontlok in twee kategorieë verdeel word, naamlik:

- fisiologiese simptome wat chemies of neurologies van aard kan wees en tot uiting kom in liggaamsresponse; en
- psigologiese simptome wat emosionele, gedrags-, verstandelike en sosiale response insluit.

5.1.1. FISIOLOGIESE SIMPTOME

Die minder sigbare simptome van uitbranding kom tot uiting in die fisiologiese sisteemresponse waaronder wisselende hartklopsnelhede, verhoogde bloeddruk, toename in die produsering van maagsure, onreëlmatige asemhaling, hardlywigheid en kanker (Joure *et al.*, 1989).

Hipertensie kan ook as 'n gevolg van stres beskou word en dit kan aanleiding gee tot ernstige komplikasies soos miokardiale infarksie en koronêre hartvatsiektes. Psigosomatiese newe-effekte soos hoofpyne, rugpyne, maagsere en asma is volgens Lazovik (1995) vroeë tekens van uitbranding.

5.1.2. PSIGOLOGIESE SIMPTOME

Haasbroek (1990) identifiseer die volgende psigologiese simptome van uitbranding:

- depressie wat tydelik, spesifiek en gelokaliseerd is, met ander woorde die persoon kan byvoorbeeld depressief by die werk wees, maar nie by die huis nie. Gevoelens van mismoeidigheid, terneergedruktheid en pessimisme kan hierby ingesluit word;
- die verwaarloosing van gesondheid wat vererger word deur swak eetgewoontes;
- alkohol- en dwelmmisbruik;
- slaaploosheid en onvermoë om te reageer op stimulu uit die omgewing;
- gebrek aan konsentrasie en onlogiese probleemoplossing;
- hoë afwesigheid en lae produktiwiteit; en
- huweliks- en gesinsprobleme.

5.2 FASES VAN UITBRANDING

Veninga en Spradley (1987) is van mening dat daar vyf fases in die uitbrandingsproses bestaan, naamlik:

Fase-1: Die wittebroodfase. In hierdie fase is die nuwe werker gemotiveerd, vol

energie en borrel hy oor van entoesiasme.

- Fase-2:* Die energietekortfase. Hier begin die werklike tekens van uitbranding voorkom en raak dit erger met die verloop van tyd.
- Fase-3:* Die chroniese fase. Simptome soos uitputting, siekte, woede en depressie kom voor op 'n deurlopende basis.
- Fase-4:* Kritieke fase. Simptome vererger in so 'n mate dat die persoon voel of sy lewe ineenstort en aan 'n dun draadjie hang.
- Fase-5:* "Hitting-the-wall"-fase. In hierdie fase kan die persoon nie meer funksioneer nie en tekens van agteruitgang kom voor.

Gilliland en James (1993) het die volgende vier fases in die uitbrandingsproses geïdentifiseer:

- Fase-1:* Entoesiasme. Dit word gekenmerk deur hoë verwagtinge, hoë mate van energie en onrealistiese verwagtinge. Hierdie fase stem ooreen met die wittebroodfase van Vegina en Spradley (1987).
- Fase-2:* Stagnering. Dit vind plaas wanneer die werk nie meer die sentrale dryfveer in 'n persoon se lewe is nie.
- Fase-3:* Frustrasie. Dit vind plaas omdat die individu die waarde van sy werk en sy eie effektiwiteit om die werk te verrig, bevraagteken.
- Fase-4:* Onttrekking. Dit raak die natuurlike verdedigingsmeganisme van 'n individu wat ontevrede is in 'n pos wat nie verruil of verlaat kan word nie.

Uitbranding is dus 'n geleidelike proses wat in verskillende fases verdeel kan word en in intensiteit toeneem.

Opsommend kan gesê word dat uitbranding 'n fisiese, geestelike en emosionele uitputting is wat voorkom onder diegene wat chronies stres in hul daaglikse werk en lewe ervaar. Aangesien min beroepe so stresvol is as die van die hedendaagse polisieman, is laasgenoemde dikwels die slagoffer van uitbranding (Wilson, 1993). Uitbranding word herken aan sekere fisiologiese en psigologiese simptome. Die proses van uitbranding kan ook deur sekere fases gekenmerk word.

Afgesien van uitbranding, is die voorkoms van post-traumatiese stresversteuring (PTSV) ook algemeen onder polisiegeledere, en sal dit vervolgens bespreek word.

6. POST-TRAUMATIESE STRESVERSTEURING (PTSV)

Daar kan met reg gesê word dat die polisiebeampte se beroep geweldig stresvol is, ook omdat hul byna daaglik met kritiese en traumatiese insidente gekonfronteer word (Nel, 1998). Wanneer so 'n gebeurtenis plaasvind, verloor 'n persoon die vermoë om die disorganiserende effekte van die ervaring te beheer en 'n disekwilibrium ontstaan. Wanneer 'n persoon nie die basiese vrae van "hoe" en "hoekom" dit gebeur het en "wat is die betekenis hiervan" kan beantwoord nie, ontstaan 'n krisis wat kan duur solank as wat die gees nodig het om te herorganiseer, klassifiseer en sin te maak van die traumatiese gebeurtenis. As die gebeurtenis nie effektief geïntegreer kan word nie, ontstaan die moontlikheid dat die inisiële stressor kan herverskyn in 'n verskeidenheid van simptomatologiese vorms, maande, selfs jare na die gebeurtenis plaasgevind het. Wanneer die oorspronklike, onopgeloste stressor dus weer verskyn, het die persoon post-traumatiese stresversteuring ontwikkel (Gilliland & James, 1993).

Volgens Koen (1994) en APA (1987) verwys PTSV na patrone van psigologiese en gedragsteurnisse as gevolg van 'n *ongewone* ervaring - 'n ervaring buite die raamwerk van normale dag tot dag krisisse. In die vierde uitgawe van die APA (1994) se "Diagnostic and statistical manual of mental disorders" (DSM-IV) is bogenoemde kriteria verwyder, aangesien dit beskou word as onakkuraat in beskrywing en onbetroubaar vir assessering, omdat daar onsekerheid heers oor watter tipe insident kwalifiseer as "buite normale menslike ervaring"? Die klem word nou gelê op 'n waardering van die ekstreme (oftewel lewensbedreigende) aard van die stressor, en veral hoe dit deur die slagoffer ervaar is (Miller, 1995). Die reaksie van die individu word dus gesien as 'n *normale* gevolg van 'n uiters onaangename gebeurtenis (Gersons & Carlier, 1992).

Post-traumatiese stresversteuring is dus 'n angsversteuring wat volg op 'n traumatiese ervaring wat 'n effek op feitlik alle mense sal hê (Plug *et al.*, 1993). Die diagnostiese kriteria van PTSV volgens APA (1994) sal vervolgens uiteengesit word:

6.1 DIAGNOSTIESE KRITERIA VAN PTSV

A Die persoon was blootgestel aan 'n traumatiese gebeurtenis waarin beide van die volgende teenwoordig was:

- die persoon het 'n gebeurtenis of 'n reeks gebeure gesien of ervaar waarin dood of dreigende dood of ernstige besering, of bedreiging van die fisieke integriteit van die self of ander, voorgekom het; en
- die persoon se reaksie het ingesluit intense vrees, hulpeloosheid, of afgryse.

B Die traumatiese gebeurtenis word gedurig weer ervaar op een (of meer) van die volgende wyses:

- herhalende en indringende herinneringe aan die gebeurtenis, insluitende beelde, gedagtes, of persepsies;
- herhalende drome van die gebeurtenis;
- tree op of voel asof die traumatiese gebeurtenis weer gebeur (insluitend illusies, hallusinasies, en dissosiatiewe “flashback” episodes, insluitende daardie wat voorkom wanneer die persoon wakker word of onder die invloed is);
- intense psigologiese nood met die blootstelling aan of simbolisering van interne of eksterne leidrade wat ooreenstem met aspekte van die traumatiese gebeurtenis; en
- fisiologiese reaktiwiteit met die blootstelling van interne of eksterne leidrade wat aspekte van die traumatiese gebeurtenis verteenwoordig of simboliseer.

C Voortdurende vermyding van stimulu wat met die trauma geassosieer word en die afstomping van algemene reaktiwiteit (nie teenwoordig voor die trauma nie), soos aangedui deur drie (of meer) van die volgende:

- pogings om gedagtes, gevoelens, of gesprekke wat met die trauma geassosieer word, te vermy;

- pogings om aktiwiteite, plekke of mense wat herinneringe aan die trauma oproep, te vermy;
- onvermoë om belangrike aspekte van die trauma te onthou;
- verminderde belangstelling of deelname aan betekenisvolle aktiwiteite;
- gevoel van afsondering en vervreemding van ander;
- beperkte affek (byvoorbeeld onvermoë om liefde te voel); en
- gevoel van 'n beperkte toekoms (byvoorbeeld dat hul nie verwag om 'n beroep, huwelik, kinders of 'n normale lewenspan te hê nie).

D Voortdurende simptome van verhoogde opwekking (nie teenwoordig voor die trauma nie), soos aangedui deur twee (of meer) van die volgende:

- sukkel om te slaap of om aan die slaap te raak;
- geïrriteerdheid of woedeuitbarstings;
- konsentrasieprobleme;
- oordrewe waaksaamheid; en
- oordrewe skrikrespons.

E Duurte van die versteuring (simptome in kriteria B, C en D) is langer as een maand.

F Die versteuring veroorsaak klinies betekenisvolle verswakking in sosiale-, beroeps-, of ander belangrike areas van funksionering.

Bogenoemde versteuring is **akuut** indien die duurte van die simptome minder as drie maande is en **chronies** indien die duurte van die simptome langer as drie maande is.

PTSV het 'n **vertraagde ontstaan**: indien die simptome eers ongeveer ses maande na die trauma voorkom.

Alhoewel bogenoemde simptome ook in ander sindrome kan voorkom, is die kombinasie van angs, irritasie, verhoogde waaksaamheid en herhalende nagmerries 'n definitiewe indikasie dat 'n traumatiese gebeurtenis plaasgevind het (Gilliland & James, 1993). 'n Diagnose kan egter slegs

gemaak word indien die simptome vir langer as 'n maand ervaar word. PTSV kan ook vermoen word deur simptome soos hoofpyn, duiseligheid en spysverteringsprobleme. Laasgenoemde simptome kan ook aanduiders van 'n angstersteuring wees (Modlin, 1986). Wanneer sulke gedrag egter deur 'n traumatiese gebeurtenis voorafgegaan word, kan dit as PTSV gediagnoseer word. Alhoewel PTSV slegs een moontlike gevolg van 'n traumatiese gebeurtenis is, loop ongeveer 33 %-40 % van alle traumaslagoffers die risiko om die versteuring te ontwikkel (Hough *et al.*, 1990 & North *et al.*, 1994). Volgens McEvoy in Wieten en Lloyd (1994) ervaar ongeveer 5 uit elke 1 000 mans, en 13 uit elke 1 000 vroue in die algemene populasie, simptome van post-traumatiese stressteuring.

6.2 DIE HISTORIESE ONTWIKKELING VAN PTSV

Alhoewel PTSV eers in die derde uitgawe van die DSM (APA, 1987) beskryf is, bestaan dit reeds 'n geruime tyd. Die vroegste aangetekende weergawe van 'n persoon wat aan die versteuring gely het, was Samuel Pepys. Sy beskrywing van die "Groot Londense Vuur" van 1666 en sy geestelike toestand na afloop van die gebeurtenis, voldoen aan die kriteria van PTSV (Gilliland & James, 1993). Aan die einde van die 19de eeu is die mediese term "*railway spine*" ontwikkel om die trauma van die slagoffers van treinongelukke, te beskryf. Gedurende dieselfde tydperk het Freud die konsep *historiese neurose* geformuleer om traumaslagoffers te beskryf (Gilliland & James, 1993). Moderne oorlogvoering gedurende die Eerste Wêreldoorlog, het terme soos "*shell shock*, *war neurosis*" en "*combat fatigue*" geproduseer om die kondisie van getraumatiseerde soldate, wat nie fisies beseer is nie, te beskryf (Gersons & Carlier, 1992). Die "United States Medical Service Corps" het erken dat vegvoosheid of "combat fatigue" in die Tweede Wêreldoorlog en die Koreaanse Oorlog, 'n behandelbare psigologiese versteuring is (Gilliland & James, 1993). Gedurende 1952 het die DSM-I 'n "*gross stress reaction*" gediagnoseer. Hierdie toestand is beskryf as tydelik. Gedurende die 1940's en 1950's het psigiaters 'n toestand onder slagoffers van gyselaardramas, asook onder die Hiroshimaslagoffers waargeneem en dit as "*war neurosis*" beskryf (Modlin, 1986). In 1968 het die DSM-II 'n *tydelike situasionele versteuring* gedefinieer om 'n reaksie tot 'n ongewoon stresvolle ervaring (wat insluit enigiets van 'n ongewenste swangerskap tot 'n doodsvonnis) te beskryf (Gersons & Carlier, 1992).

Dit was egter die grootskaalse trauma as gevolg van die Vietnam-oorlog, wat die voorkoms van PTSV onder die aandag van die publiek en professionele hulpdienste gebring het. As gevolg daarvan, is die versteuring vir die eerste keer in 1980 in die DSM-II as PTSV geklassifiseer (Gilliland & James, 1993).

6.3 DIE PSIGODINAMIKA VAN POST-TRAUMATIESE STRES

Volgens Modlin (1986) is die beste psigodinamiese verduideliking vir PTSV die sogenaamde *veg-of-vlug*-konsep. Hiervolgens is die mens natuurlik aangepas om homself te mobiliseer vir 'n noodgeval wanneer hy met 'n krisis of gevaarsituasie gekonfronteer word. Die liggaam berei homself dus voor vir sulke aksies, al is dit nie altyd moontlik of toepaslik nie (byvoorbeeld 'n motorongeluk). Wanneer die individu blootgestel word aan 'n intense stresvolle situasie, word die neuro-oordragstowwe en hormone wat ontwikkel is om 'n krisis te hanteer, geaktiveer (Gersons & Carlier, 1992). Nadat die persoon van die gevaar verwyder is, is die liggaam se sisteem wat hom in 'n noodsituasie laat funksioneer, nie meer nodig nie. Duur die stres egter voort, sal die senuweestelsel voortgaan om te funksioneer in 'n opgewekte staat asof die noodsituasie nog steeds aan die gang is. Hierdie veranderde fisiologiese staat kan lei tot 'n homeostatiese wanbalans wat angs, frustrasie en voortdurende spanning veroorsaak (Gilliland & James, 1993). Traumaslagoffers wat hul bewussyn tydens die trauma verloor het, sal byvoorbeeld geen idee hê van die ernstigheid daarvan nie. Wanneer hul hoor wat gebeur het, word die *veg-of-vlug*-meganisme tydelik geaktiveer, alhoewel daar geen teiken is om teen te reageer nie. Hul aksie is dus irrelevant, maar die slagoffer word oorspoel met vreesagtige gevoelens (Vrana & Lauterbach, 1994).

Volgens die kognitiewe model is die persoon met PTSV nie in staat om die trauma wat plaasgevind het, te prosesseer of te rasionaliseer nie. Hul gaan voort om die stres te ervaar en poog om die herbeleving van die trauma te vermy deur vermydingstegnieke te gebruik.

Volgens die gedragsmodel van PTSV is daar twee fases in die ontwikkeling van die versteuring. Eerstens word die trauma (die ongekondisioneerde stimulus) deur middel van klassieke kondisionering, gepaar met 'n gekondisioneerde stimulus (fisiese of geestelike herinneringe aan

die trauma). Tweedens ontwikkel die persoon deur middel van instrumentale leer 'n patroon van vermyding van beide die gekondisioneerde en ongekondisioneerde stimulus. Die psigoanalitiese model van die versteuring hipotetiseer dat die trauma vorige, onopgeloste psigologiese konflik heraktiveer. Die herbeleving van 'n vorige trauma lei tot regressie en die gebruik van verdedigingsmeganismes, soos onderdrukking en ontkenning. Die ego probeer dan om hierdie toestand te bemeester en die angs te verminder. Die persoon ervaar ook sekondêre gewin as gevolg van die trauma, byvoorbeeld verhoogde aandag en simpatie. Laasgenoemde voordele versterk die versteuring en verleng die duurte daarvan. 'n Kognitiewe siening van PTSV is dus dat die brein probeer om die massiewe hoeveelheid inligting wat die trauma ontlok, te prosesseer deur afwisselende periodes van erkenning en blokkasie van die gebeurtenis (Kaplan *et al*, 1994).

Volgens Modlin (1986) is *hulpeloosheid* en *weerloosheid* twee sleutelemente in die verstaan van die psigodinamiek van PTSV. Simptome van post-traumatiese stres is minder ernstig indien die slagoffer in 'n posisie was om te skree of te ontsnap, in kontras met slagoffers wat heeltemal deur die aanvaller oorweldig is. Daarby is daar 'n negatiewe korrelasie tussen die teenwoordigheid en graad van post-traumatiese stresssimptome en fisiese beserings. Met ander woorde hoe ernstiger die besering, hoe minder is die kans dat PTSV sal ontwikkel. Dit wil voorkom asof die angs geneutraliseer word deur 'n fisiese besering, teenoor 'n onsigbare psigologiese trauma. Simptome sal ook meer intens wees indien 'n slagoffer alleen was tydens die trauma. Ernstiger reaksies kan beleef word indien 'n persoon voortdurend blootgestel word aan 'n gevaarlike en lewensbedreigende omgewing (Parkinson, 1993).

Sommige navorsers is van mening dat die individu wat voorheen 'n krisis ervaar het, sensitief bly vir latere trauma. Die versteurde reaksies as gevolg van 'n trauma kan dus die gevolg wees van latente sensitiwiteit, eerder as die trauma self (Gersons & Carlier, 1992).

6.4 BYDRAENDE FAKTORE

Klinke (1991) identifiseer tien faktore wat die ontstaan en duurte van PTSV beïnvloed, naamlik:

- *Graad van lewensbedreiging*: die intensiteit van die traumatiese gebeurtenis wat 'n

individuele bedreig, is een van die belangrikste faktore wat lei tot die ontwikkeling van PTSS. Met ander woorde hoe intenser die trauma beleef word, hoe groter is die kans dat die persoon PTSS kan ontwikkel.

- *Verlies van betekenisvolle ander:* rougevoelens word geassosieer met verlengde stresreaksies. Die dood van 'n betekenisvolle ander is 'n bron van hartseer, skuld, ~~woede~~ en depressie.
- *Skriklikheid van die trauma:* traumas wat sonder waarskuwing gebeur, is veral geneig om gevoelens van hulpeloosheid en 'n gebrek aan eksterne kontrole te veroorsaak.
- *Duurte van die trauma:* dit is veral moeilik om aan te pas by 'n trauma wat vir 'n lang tydperk duur.
- *Verplasing van gemeenskap:* dit is veral nadelig indien 'n persoon buite sy gemeenskap aan 'n trauma blootgestel word, of wanneer 'n trauma tot die disintegrasie van 'n gemeenskap lei, aangesien die slagoffer van 'n trauma veral 'n behoefte het aan die liefde en ondersteuning van sy eie mense.
- *Potensiaal vir herhaling:* traumatiese gebeure wat onvoorspelbaar is en weer kan voorkom, veroorsaak erge wantroue en vrees.
- *Blootstelling aan dood en verwoesting:* blootstelling aan laasgenoemde verhoog gevoelens van afstomping, isolasie en skuld.
- *Die graad van morele konflik:* dit is erg genoeg om 'n trauma te ervaar wat een of ander rede van regverdiging het, maar dit is selfs moeiliker om aan te pas by traumatiese gebeure wat 'n persoon se persoonlike waardes bedreig en morele konflik veroorsaak.
- *Persoonlike rol:* in sommige situasies word 'n persoon in 'n rol geplaas waarin hy moet reageer en cope met verwoesting. In ander situasies word persone verplig om nie net te reageer nie, maar om ook met die verwoesting voort te gaan.
- *Natuurlike versus menslike trauma:* dit is gewoonlik makliker om met 'n natuurlike trauma te cope as met rampe wat deur mense veroorsaak is.

Die meeste navorsers is dit eens dat die *aard en intensiteit* van 'n trauma die primêre oorsake is vir spesifieke reaksies tot 'n gebeurtenis (Joseph *et al.*, 1993). Die spoed en effektiwiteit waardeur 'n persoon se emosionele ewililibrium na 'n trauma herstel word, hang af van ander faktore binne die mens en sy omgewing (Pearlin *et al.*, 1991). Hierdie faktore binne die mens en

sy omgewing word *moderators* genoem. Volgens Cronkite en Moos (1984) kan die teenwoordigheid en aard van hierdie moderators enersyds as buffer dien teen die impak van die trauma, of andersyds kan dit die trauma intensifiseer. Moderators kan dus as filters dien om die aanslag van stres te verminder. Duvenhage (1994) identifiseer drie klasse filters, naamlik:

- *situasionele filters* (byvoorbeeld die voorspelbaarheid, intensiteit, duurte en frekwensie van die stressor);
- *interpersoonlike filters* (byvoorbeeld emosionele en finansiële ondersteuning); en
- *persoonlike filters* (byvoorbeeld fisiese veranderlikes soos fiksheid en persoonlike veranderlikes soos lokus van kontrole).

Opsommend kan gesê word dat PTSTV 'n angsv versteuring is wat volg op 'n traumatiese ervaring. Die diagnostiese kriteria van PTSTV is uiteengesit tesame met die historiese ontwikkeling van die versteuring. Daar is ook kortliks gekyk na die psigodinamika van post-traumatiese stres, asook na sekere bydraende faktore wat die ontstaan en duurte van PTSTV beïnvloed.

Volgens Greenstone en Leviton (1993) kan die oormatige stres (asook uitbranding en PTSTV) wat die polisiebeampte ervaar, hom/haar in 'n persoonlike krisis dompel. Namate stres toeneem en copingvaardighede in hul effektiwiteit afneem, ontstaan die potensiaal vir 'n krisis. Laasgenoemde krisis en die aard daarvan sal vervolgens vollediger omskryf word.

7. KRISIS

Soos reeds genoem in hoofstuk 1 is 'n krisis 'n buitengewone gebeurtenis of reeks gebeure wat skielik oorweldigend en dikwels gevaarlik is vir die individu en betekenisvolle andere (Sonderup, 1996). Volgens Brammer (1991) is 'n krisis iets wat onverwags gebeur, ons daaglikse roetine omverwerp en meer is as wat ons kan hanteer.

'n Persoon ervaar dus 'n krisis wanneer hy die persepsie het dat 'n gebeurtenis of situasie 'n ondraaglike probleem is wat sy bronne en copingmeganismes oortref (Gilliland & James, 1993).

7.1 Tipes Krisisse

Krisisse word dikwels gedefinieer volgens verskillende tipes. Slaikou (1984) identifiseer twee tipes krisisse, naamlik:

- *Ontwikkelingskrisis*
Dit verwys na die veranderinge gedurende fases van ontwikkeling, byvoorbeeld ouerskap en aftrede. Elke ontwikkelingsfase word gekarakteriseer deur sekere psigologiese take wat bemeester moet word. 'n Krisis ontstaan wanneer daar 'n onderbreking in hierdie proses is.
- *Situasionele krisis*
Dit verwys na enkele, onverwagte gebeure soos die skielike dood van 'n familielid deur 'n natuurlike ramp of 'n gewelddadige misdaad. Egskeiding en skielike werkloosheid kan ook in hierdie kategorie ingesluit word.

Hafen (1982) identifiseer die volgende twee tipes krisisse:

- *Voorspelbare krisisse*
Dit verwys na gebeure wat deel is van ons dag tot dag bestaan. Alhoewel dit tot krisisse kan lei, is dit voorspelbaar en kan mense hulself fisies en psigies daarop voorberei. Voorbeelde sluit in swangerskap en aftrede.
- *Onvoorspelbare krisisse*
Dit verwys na gebeure wat onverwags is en dikwels katastrofiese gevolge het. Ongelukke, selfmoord en natuurlike rampe kan hierby ingesluit word.

Brammer (1991) het 'n verdere twee tipes krisisse onderskei, naamlik:

- *Oorgangs krisisse*
Dit gebeur wanneer 'n situasionele krisis sekere emosies verbind met vorige krisisse.
- *Eksistensiële krisisse*

Dit verwys na die innerlike konflik wat mense ervaar wanneer hul met belangrike besluite gekonfronteer word.

7.2 EIENSKAPPE VAN 'N KRISIS

Gilliland en James (1993) identifiseer die volgende eienskappe van 'n krisis:

- *Teenwoordigheid van beide gevaar en geleentheid*
'n Krisis is 'n gevaar, aangesien dit die individu kan oorweldig, in so 'n mate dat dit selfs ernstige patologie tot gevolg kan hê (byvoorbeeld selfmoord). Dit is egter ook 'n geleentheid, aangesien die aard van die pyn die persoon beweeg om hulp te soek. As die individu dus voordeel uit die geleentheid trek, kan die intervensie help om saadjies van selfgroei en selfaktualisering te plant.
- *Gekompliseerde simptomatologie*
- 'n Krisis is nie eenvoudig nie; dit is kompleks en moeilik om te verstaan. Simptome as gevolg van 'n krisis betrek alle terreine van die individu se lewe en veroorsaak dat 'n krisisswerker direk met 'n verskeidenheid van areas moet werk.
- *Saad van groei en verandering*
- As gevolg van die disekwilibrium wat 'n krisis tot gevolg het, ontstaan angs en die ongemaklikheid van die angs voorsien 'n beweegkrag vir verandering. Die dilemma is egter dat die angs dikwels kookpunt bereik voordat die mens erken dat die probleem buite beheer is.
- *Afwesigheid van wondermiddels en "quick fixes"*
"Quick fixes" vir langdurige probleme is skaars. Heelwat van die persoon in krisis se probleme word veroorsaak deur die feit dat hy in die eerste plek "quick fixes" gesoek het, soos byvoorbeeld deur middel van 'n pil. Laasgenoemde kan veroorsaak dat die krisis verdiep.
- *Belangrikheid van keuse*
- Die lewe is 'n proses van talle krisisse en uitdagings waarmee ons gekonfronteer word. Wanneer ons *kies* om te reageer, maak ons dikwels 'n pro-lewe keuse, maar wanneer ons kies om *nie* te reageer nie, teken ons ons eie doodsertifikaat. Om te kies om *nie* te kies

nie, is gewoonlik 'n negatiewe en destruktiewe keuse. Die keuse om wel iets te *doen*, bevat saad vir groei en laat die persoon toe om doelwitte te stel en 'n plan van aksie te formuleer oor hoe hy/sy die dilemma gaan oorkom.

- *Universaliteit en idiosinkrasie*

Elke krisis word vergesel deur 'n disekwilibrium of disorganisasie, of dit nou universeel of idiosinkraties is. 'n Krisis is universeel, aangesien niemand immuun is teen 'n ineenstorting nie, inaggenome die regte konstellasie omstandighede. Dit is idiosinkraties aangesien een persoon 'n krisis suksesvol kan hanteer, en 'n ander een nie, al is die omstandighede dieselfde.

Wright (1993) identifiseer die volgende elemente van 'n krisis:

- *'n Onseker/gevaarlike situasie*

'n Onseker en/of gevaarlike situasie kan dikwels 'n kettingreaksie van gebeure laat ontstaan wat kulmineer in 'n krisis. Byvoorbeeld die polisievrout wat haarself sewe jaar vir haar beroep voorberei het, ontdek sy is swanger. Dit is belangrik vir die persoon wat die krisis ervaar, en diegene wat hom/haar help, om die gebeure te identifiseer wat die krisis voorafgegaan het.

- *'n Weerloos toestand*

'n Persoon moet weerloos wees voordat 'n krisis kan ontstaan. Selfs twee nagte sonder slaap kan 'n persoon weerloos maak in 'n situasie wat hy normaalweg sonder probleme sou hanteer. Siekte of depressie maak ook 'n persoon weerloos en verminder sy/haar copingmeganismes.

- *Die presipiterende faktor*

Dit is die faktor wat "die laaste druppel in die emmer" vir 'n persoon is. Sommige mense cope goed in 'n tydperk van verlies en hartseer, maar stort ineen oor 'n gebreekte bord of 'n glas wat laat val is. Hierdie gebeure was "die laaste strooi", maar die gedrag van tranes is 'n reaksie op die verlies en hartseer.

- *Die staat van aktiewe krisis*

Wanneer 'n persoon nie meer 'n situasie kan hanteer nie, ontwikkel 'n aktiewe krisis.

Volgens Wright (1993) is daar vier aanduidings dat 'n persoon in 'n staat van aktiewe krisis verkeer, naamlik:

- *Simptome van stres - psigologies, fisiologies of beide*
'n Mate van ongemak is altyd teenwoordig wanneer 'n persoon 'n krisis ervaar.
- *'n Houding van paniek en mislukking*
Die persoon voel dikwels dat hy alles probeer, maar niks werk nie, en gevolglik voel hy oorweldig en hopeloos. Op hierdie stadium kan die persoon op twee wyses reageer, naamlik hy kan geagiteerd raak met onproduktiewe gedrag, soos byvoorbeeld drank- en dwelmmisbruik. Die tweede manier van reageer is om apaties te word en byvoorbeeld oormatig te slaap.
- *Die fokus is op verligting*
Die persoon wil verligting hê van die pyn en stres, maar hy is nie in staat om die probleem rasioneel te hanteer nie. Persone kan dikwels ook oorafhanklik word van diegene wat probeer help.
- *'n Tyd van verminderde effektiwiteit*
Mense wat in 'n krisis is, kan voortgaan om normaal te funksioneer, maar in plaas daarvan om 100 % te reageer, reageer hulle omtrent 60 %. Hoe groter die bedreiging van die situasie is, hoe minder effektief is die persoon se copingmeganismes.

7.3 FASES VAN 'n KRISIS

'n Verskeidenheid van diverse beskrywings van die fases van 'n krisis word in die literatuur aangetref. France (1982) het die volgende drie fases van 'n krisis geïdentifiseer:

- *Impak* - hierdie fase verwys na die individu se inisiële reaksie tot dit wat skielik voorkom as 'n onoorkombare probleem.
- *Coping* - hierdie fase sluit in alle pogings om hierdie probleem te hanteer. Suksesvolle coping lei tot 'n oplossing van die krisis.
- *Onttrekking* - hierdie fase is 'n gevolg van onsuksesvolle coping wat kan manifesteer in psigologiese probleme en selfmoord.

Dixon (1987) het die fases van 'n krisis soos volg beskryf:

- *Voorafgaande gebeurtenis* - dit is die gebeurtenis wat die mens se oorlewing of belangrike behoeftes en waardes bedreig.
- *Waargenome betekenis* - die waargenome betekenis sluit in die subjektiewe, unieke persepsie van die individu.
- *Oneffektiewe probleemoplossingsmetodes* - die emosionele ontsteltenis neem toe namate die oneffektiwiteit van die copingmeganismes verhoog.
- *Funksioneel verswakkende emosionele staat* - gedurende hierdie fase is die persoon se denkkapasiteit oorweldig deur emosionele reaksies.

Volgens Gilliland en James (1993) reageer mense op drie wyses wanneer hul met 'n krisis gekonfronteer word, naamlik:

- Die individu kan op sy eie effektief cope en sterkte ontwikkel as gevolg van die ervaring. Hy kan groei en verander op 'n positiewe wyse en hy kom sterker uit die krisis uit.
- Ander persone oorleef die krisis, maar blokkeer die pynlike gevoelens uit hul bewuste. Dit kan veroorsaak dat die krisis vir die res van hul lewe op velerlei wyses by hul bly "spook".
- Daar is ook diegene wat psigologies ineenstort by die ontstaan van 'n krisis en hul maak dit duidelik dat hul nie in staat is om met hul lewens voort te gaan indien hul nie voorsien word met onmiddellike en intensiewe hulp nie.

Opsommenderwys kan gesê word dat 'n krisis ontstaan wanneer 'n persoon 'n persepsie het dat 'n gebeurtenis of situasie 'n ondraaglike probleem is wat sy/haar copingmeganismes oortref. Verskillende tipes krisisse is aangedui en die eienskappe en fases van 'n krisis is bespreek. Vervolgens sal gefokus word op die hantering van 'n krisis onder die opskrifte "krisisbestuur" ("CISM") en krisisintervensie.

8. KRISISBESTUUR (“CISM”)

Volgens Mitchell en Everly (1995) is “Critical Incident Stress Management (CISM)” ‘n wye reeks programme en intervensiestrategieë wat ontwikkel is om stres onder noodpersoneel te voorkom en om hul te help om die betekenisvolle stres wat hul as deel van hul werk ervaar, te kan hanteer. “CISM” is heelwat breër as “Critical Incident Stress Debriefing (CISD)”, wat later meer breedvoering bespreek sal word. “CISM” vervat baie spesiale programme en strategieë wat insluit:

- voorgebeurtenisopleiding/ “pre-incident education”;
- betekenisvolle ander ondersteuningsprogramme/ “significant other support programs”;
- ontfontings/ “debriefings”;
- demobilisasies/ “demobilizations”;
- op-die-toneel-ondersteuningsdienste/ “on scene support services”;
- opvolgdienste/ “follow up services”;
- gemeenskapsuitreikprogramme/ “community outreach programs”
- individuele konsultasies/ “individual consults”;
- portuurgroepberading/ “peer group counseling”;
- informele besprekings/ “informal discussions”;
- krisisintervensieopleiding/ “crisis intervention training”;
- rampvoorbereidheid/ “disaster preparedness”; en
- ramphulpprogramme/ “disaster assistance programs”.

“CISM” is dus ‘n komprehensiewe benadering tot traumatiese stresbestuur. Dit is ‘n sisteem van goed geïntegreerde intervensies. “CISM” dek die totale kontinuum van ‘n krisis deurdat dit begin by prekrisisdienste deur tot by opvolgdienste. Die komprehensiewe aard van “CISM” maak dit buigbaar sodat dit in ‘n verskeidenheid van omstandighede toegepas kan word. **Ontfonting** of “CISD” en **krisisintervensie** vorm slegs deel van ‘n verskeidenheid “CISM”-tegnieke (Everly & Mitchell, 1997).

9. KRISISINTERVENSIE

Soos reeds genoem in hoofstuk 1, is die fokus van krisisintervensiestrategieë op die tydperk kort na 'n traumatiese gebeurtenis wanneer mense reageer op 'n emosionele wyse wat 'n ineenstorting in hul daaglikse bestaan veroorsaak of kan veroorsaak. Die doel van intervensie is dus om die ontstaan van meer langtermyn psigologiese simptome (waaronder PTSV en uitbranding) te voorkom en om die slagoffer in staat te stel om sin uit hul ervaring te maak (Greenstone & Leviton, 1993).

Krisisintervensie kan dus die kanse verminder dat diegene wat weerloos is in negatiewe werks- en gedragspatrone sal verval. Dit kan ook die druk op verhoudings verlig (Newburn, 1993).

Volgens Ochberg (1991) is die doel van krisisintervensie om 'n gevoel van meesterskap oor die trauma te bewerkstellig, sodat daar van die rol van slagoffer beweeg kan word na die rol van oorlewende.

Krisisintervensie dien as buffer teen die impak van 'n traumatiese gebeurtenis deurdat onmiddellike emosionele noodhulp voorsien word. Deur ervarings en indrukke in 'n groep te deel, kan die individu sy eie ervaring van die trauma verstaan. Daarby verminder dit spanning en gevoelens van abnormaliteit. Krisisintervensie motiveer mense om van hul eie copingmeganismes gebruik te maak, sowel as van die copingmeganismes wat deur ander aangebied word. Indien moontlik moet intervensie 'n groeiervaring wees wat 'n persoon in staat stel om moontlike probleme in die toekoms beter te kan hanteer (Jacobs, 1993).

9.1 HISTORIESE AGTERGROND

Gedurende die Tweede Wêreldoorlog en die Koreaanse en Viëtnamoorloë, het geestelike gesondheidswerkers gevind dat soldate wat aan "vegvoosheid" (nou genoem PTSV) gely het, meer geneig was om na die front terug te keer indien hul aan die front of daar naby, onmiddellike, kort terapie ontvang het. Sodoende kon sekondêre gewin en regressie, sowel as gevoelens van mislukking en skuld vermy word. Die rasionaal van nood militêre psigiatrie - soortgelyk aan

vandag se krisisintervensie - het ingesluit die algemene verwagting dat die getraumatiseerde soldaat vinnig sou herkompenseer en terugkeer na aktiewe diens indien hy van vinnige, ondersteunde terapie voorsien kon word met. Dit sou die geleentheid bied om te ventileer en te ontlont, tesame met die herversekering dat sy simptome tipies is van persone wat aan ekstreme stres blootgestel is (Parad & Parad, 1990).

'n Betekenisvolle bydrae tot kontemporêre krisisintervensie is die werk van Eric Lindemann na afloop van die Coconut Grove vuur in Boston op 28 November, 1942 waarin 493 mense oorlede is. Lindemann en sy kollegas van die Massachusetts Algemene Hospitaal het 'n aktiewe rol gespeel in die emosionele hulpverlening aan die familie en vriende van die slagoffers. Lindemann se kliniese verslag oor die ramp het die basis gevorm van latere werk oor krisisintervensie. Hy het ook aangevoer dat gemeenskapswerkers en die kerk 'n belangrike rol kan speel in die hulpverlening aan slagoffers van 'n krisis. Lindemann was ook die eerste persoon wat 'n sistematiese teorie oor hulpverlening aan slagoffers van 'n krisis ontwikkel het. Sy werk het die ontwikkeling van moderne krisisintervensie geïnspireer (Slaikeu, 1984).

Alhoewel Lindemann se werk die grondslag gevorm het, word Caplan oor die algemeen erken as die meesterargitek van voorkomende krisisintervensie. In 1954 het hy onder die vaandel van die Harvard Universiteit Skool van Publieke Gesondheid, die Harvard Familieleiding Sentrum gevestig. Dit was multidisiplinêre krisisanavorsings- en konsultasieprojek wat die impak van vier stressore - premature geboortes, abnormale geboortes, die geboortes van tweelinge en tuberkulose - op werkersklas- en laerklasesinne in Boston ondersoek het (Parad & Parad, 1990).

Waar Lindemann hoofsaaklik gefokus het op die onmiddellike oplossing van rouSMART, het Caplan Lindemann se konstruksie uitgebrei tot die totale veld van traumatiese gebeurtenisse. Beide Lindemann en Caplan het gefokus op krisisintervensie deur die ekwilibrium-disekwilibrium-paradigma. Die fases van hierdie paradigma is (1) versteurde ekwilibrium, (2) kort terapie, (3) die kliënt werk deur die trauma en (4) herstel van ekwilibrium (Gilliland & James, 1993).

'n Paar jaar later, in 1962, het Jacobson die Benjamin Rush-sentrum vir Probleme in Los Angeles gestig. Dit was 'n kliniek wat ongeveer ses sessies terapie aangebied het aan individue en families

wat 'n krisis ervaar. Jacobson en sy kollegas het betekenisvolle bydraes gelewer tot literatuur oor krisisintervensie met individue, groepe en gemeenskappe (Roberts, 1990). Met die ontwikkeling van sentrums vir krisisintervensie, het meer literatuur oor die onderwerp in die 60's en 70's na vore gekom. Joernale soos "Crisis Intervention" en die "Journal of Life Threatening Behavior" het primêr gefokus op krisisintervensie (Gilliland & James, 1993).

9.2 TERAPEUTIESE INVLOEDE

9.2.1 PSIGOANALITIESE BENADERING

Volgens hierdie benadering kan die disekwilibrium wat met 'n krisis gepaard gaan, verstaan word deur toegang te verkry tot die individu se onbewuste gedagtes en emosionele ervarings uit die verlede. Volgens die psigoanalise ontstaan 'n krisis as gevolg van 'n onopgeloste fiksasie uit die vroeëre kinderjare. Wanneer mense dus met 'n krisis gekonfronteer word, kan hierdie teorie gebruik word om insig te verkry in die dinamiek en oorsaak van hul gedrag en emosies (Gilliland & James, 1993).

Die fundamantele beginsels van psigoanalise verhoed egter dat dit as krisisintervensietegniek gebruik kan word. Eerstens is dit gewoonlik 'n langdurige en intensiewe proses. Tweedens, as krisisse algemeen voorkom, voorsien hierdie terapie 'n logistieke probleem. Derdens is psigoanalise gewoonlik baie duur en is daar min mense wat die talle sessies sou kon bekostig. Laastens, omdat die ontwikkeling van die proses gebaseer is op Freud se ervaring met middelklasvroue wat aan konversiehisterie ly, word klassieke psigoanalise gesien as toepaslik vir slegs 'n gedeelte van die algemene populasie. Daarby vereis hierdie terapie dat die kliënt redelik intelligent moet wees met persoonlikheidsterkte (Kresch & Cruthfield, 1974).

Alhoewel die psigoanalitiese benadering gesien word as ontoepaslik vir krisishantering, het dit egter belangrike bydraes gelewer tot die beginsels van krisisintervensie. Sekere tegnieke kan ook suksesvol gebruik word en die konsep van katarsis is byvoorbeeld 'n integrale deel van krisisintervensie. Die *deurwerkproses* is ook eie aan psigoanalise en verwys na die ontbloting en internalisasie van pynlike gevoelens. Laasgenoemde is 'n sentrale konsep in krisisintervensie

(Gilliland & James, 1993).

In kontras met die psigoanalitiese benadering, fokus die volgende benaderings eerder op die hier-en-nou as op die verlede.

9.2.2 DIE SISTEEMBENADERING

Hierdie benadering is nie soseer gebaseer op dit wat binne die individu gebeur wanneer hy/sy 'n krisis ervaar nie, maar eerder op die interverhoudings en interafhanklikheid tussen mense en tussen mense en gebeure. Die fundamentele konsep van die sisteemteorie is dat alles deel vorm van ekologiese sisteme waarin alle elemente in verhouding met mekaar is, en verandering op enige vlak van hierdie dele, sal 'n verandering van die hele sisteem tot gevolg hê (Roberts, 1990).

Volgens Belkin in Gilliland en James (1993) verwys hierdie teorie na 'n emosionele sisteem, 'n sisteem van kommunikasie en 'n sisteem van die vervulling van behoeftes waarin alle lede binne 'n intergenerasionele verhouding iets vir die ander gee, maar ook iets van die ander ontvang.

Die sisteemteorie beweeg dus weg van die tradisionele benaderings wat hoofsaaklik fokus op dit wat binne die individu gebeur, deur eerder 'n interpersoonlikesisteem-denkwyse aan te neem. Hierdie benadering het groot waarde deurdat 'n krisis vanuit die totale sosiale en omgewingsagtergrond beskou word (Gilliland & James, 1993).

9.2.3 KLIËNTGESENTREERDE BENADERING

Die kliëntgesentreerde benadering, ook bekend as nie-direktiewe terapie of Rogeriaanse terapie, sien die mens as basies positief en normaal. Volgens hierdie benadering kan die mens wat in homself en ander glo, nie lank in 'n staat van krisis verkeer nie aangesien, hy oor die nodige selfvertroue beskik dat hy die betrokke krisis sal kan oorkom. Indien 'n persoon egter 'n eksterne lokus van kontrole het, word hy afhanklik van ander mense om hom te verseker dat hy menswaardig is en bestaansreg het. Gevolglik sal 'n krisis voortduur vir solank as wat die mens 'n eksterne lokus van kontrole handhaaf (Parkinson, 1993).

Die doel van hierdie benadering is om die mag van selfevaluasie aan die persoon terug te besorg. Sodoende word die persoon in staat gestel om weer beheer oor sy lewe te neem en herwin hy die vermoë om die nodige aksie te neem om met die krisissituasie te kan cope (Gilliland & James, 1993).

'n Tegniek wat dikwels in die kliëntgesentreerde terapie gebruik word, is die *refleksie van gevoelens*. Dit is die opsomming en integrasie van los gedagtes en gevoelens wat die kliënt uitgespreek het, maar nog nie besef het nie. Hierdie tegniek kan effektief in krisisintervensie gebruik word (Parkinson, 1993).

9.2.4 GESTALTBENADERING

Gestaltterapie is ontwikkel deur Perls (1951). Alhoewel hierdie benadering sootgelyke teoretiese grondslae as die kliëntgesentreerde benadering het, sluit dit verskeie tegnieke in waar kliëntgesentreerde terapie slegs op spesifieke tegnieke fokus. Gestaltterapie verskil ook van ander terapieë deurdat dit fokus op die geïntegreerde aard van menslike funksionering - die gestruktureerde geheel (Gestalt). Die doel van gestaltterapie is om die individu te help om bewus te word van sy persepsies sodat 'n totale bewustheid van die hier-en-nou bewerkstellig kan word. Die terapeut fokus op dit wat die kliënt *nou* sê en hoe hy huidiglik die bewustheid en uitdrukking van sy gevoelens blokkeer. Gestalttegnieke sluit in byvoorbeeld die speel van projeksie en oordrywing. Hierdie tegnieke word nie dikwels in krisisintervensie gebruik nie. Tog vorm sekere beginsels van Gestaltterapie, byvoorbeeld die hantering van huidige persepsies om 'n begrip van die situasie te verkry, 'n belangrike grondslag van krisisintervensie (Louw, 1989).

9.2.5. RASIONEEL-EMOTIEWE BENADERING

Hierdie benadering wat deur Ellis (1962) ontwikkel is, is gebaseer op die aanname dat psigologiese en emosionele probleme die gevolg van irrasionele denkprosesse is. Volgens hierdie benadering is dit nie gebeure of ervarings wat tot wanaangepaste gedrag lei nie, maar sekere denkprosesse wat positiewe of negatiewe reaksies veroorsaak. Die terapeut poog dus om aan die kliënt uit te wys dat sy probleme die gevolg is van irrasionele denke en persepsies. Die rasioneel-

emotiewe benadering ondersteun 'n holistiese siening van die persoonlikheid, en herken die interafhanklike verhouding tussen gedagtes, emosies en gedrag. Die klem in terapie word geplaas op die interaksie tussen kennis en emosie. Die klient word aangemoedig om meer rasionele persepsies ten opsigte van homself en die gemeenskap aan te neem. Dit promoveer die oplossing van huidige probleme en stel die klient in staat om ook toekomstige probleme effektief te kan hanteer. Sommige beginsels van hierdie benadering is ingesluit in Mitchell (1983) se ontloftingsmodel, wat later meer breedvoerig bespreek sal word. Die invloed van denkfases op emosionele en gedragsreaksies word geïllustreer deur die normalisasieproses in krisisintervensie. Normalisasie is die oortuiging van krisisslagoffers dat hul gevoelens en reaksies normaal is (Möller, 1985; Louw, 1989).

9.3 MODELLE VAN KRISISINTERVENSIE

9.3.1 EKWILIBRIUMMODEL

Volgens hierdie benadering is persone wat 'n krisis ervaar, in 'n staat van psigologiese of emosionele disekwilibrium wat lei tot 'n ontwrigting wat groter is as wat met gewone hanteringsmeganismes hanteer kan word. Die doel van hierdie model is om die prekrisisewewig te herstel (Caplan, 1961).

Die ekwilibriummodel is toepaslik vir vroeë interventie wanneer die persoon buite beheer, gedisorïenteerd en nie in staat is om toepaslike keuses te maak nie. Die hoofokus van die model is dus op die stabilisering van die individu wat 'n krisis ervaar (Gilliland & James, 1993).

9.3.2 KOGNITIEWE MODEL

Hierdie model is gebaseer op die aanname dat 'n krisis ontstaan as gevolg van foutiewe denke omtrent gebeure en situasies - nie as gevolg van die gebeure self nie (Ellis, 1962).

Die doel van die model is die bewusmaking en verandering van foutiewe sienings en oortuigings rondom die krisissituasie. Daar word dus van die standpunt uitgegaan dat mense, deur hul denke te verander, beheer oor 'n krisis kan neem. 'n Krisis ontnem 'n persoon maklik van sy/haar

kragte en negatiewe selfpraat begin wat weer tot negatiewe gedrag lei. Dit veroorsaak 'n bouse kringloop wat deurbreek moet word. Krisisintervensie fokus dan op die installering van positiewe denke en selfstellings oor hoe die situasie hanteer moet word. Die kognitiewe model is meer toepaslik nadat die persoon gestabiliseer het en tot 'n mate van prekrisisekwilibrium teruggekeer het (Gilliland & James, 1993).

9.3.3 PSIGOSOSIALE TRANSISIEMODEL

Volgens hierdie model is die mens 'n produk van erflikheid en sosiale leer. Aangesien die mens en sy omgewing voortdurend verander, kan 'n krisis ontstaan as gevolg van interne of eksterne (psigologies-, sosiaal- en omgewings-) probleme (Dorn, 1986).

Die doel van krisisintervensie is om die persoon te help om die spesifieke interne en eksterne probleme wat bydra tot die krisis te identifiseer en om alternatiewe gedrag en houdings daar te stel. Persone wat 'n krisis ervaar, moet van interne hanteringsmeganismes, sosiale ondersteuning en omgewingsbronne gebruik maak om weer beheer oor hul lewens te kry. Die psigososiale model sien 'n krisis nie net as 'n interne, individuele toestand nie, maar kyk verby die individu na sisteme wat moontlik verander kan word. Vriende, familie, beroep, geloof en die gemeenskap is belangrike eksterne faktore wat psigologiese aanpassing kan bevorder of kan dwarsboom. Soos die kognitiewe model, is die psigososiale transisiemodel meer toepaslik nadat 'n persoon gestabiliseer het (Gilliland & James, 1993).

9.4 EKLEKTIESE KRISISINTERVENSIETEORIE

Hierdie benadering, wat deur Gilliland en James (1993) ontwikkel is, is 'n sistematiese integrasie van konsepte en tegnieke van al die bestaande teorieë. Dit is 'n taakgeoriënteerde benadering wat hoofsaaklik fokus op die volgende take:

- om die geldige elemente van al die sisteme te identifiseer en te integreer in 'n konstante geheel;
- om alle teorieë, metodes en standaarde van evaluasie ten opsigte van die beste kennis van

tyd en plek te oorweeg; en

- om met geen spesifieke teorie te identifiseer nie, 'n oop gemoed te behou en om voortdurend te eksperimenteer met strategieë wat suksesvolle resultate lewer.

Om die eklektiese benadering te volg, vereis 'n uitgebreide kennis van verskeie krisisintervensieteorieë. Die krisiswerker moet in staat wees om toepaslike tegnieke vir elke groep of individu te identifiseer en toe te pas. Die benadering beklemtoon ook die belangrikheid van intuïsie tesame met vaardigheid in die toepassing van interveniëstrategieë. Dit is dus krities dat daar ewe veel aandag aan 'n persoon se gevoelens, sowel as kognisies ten op sigte van 'n situasie, bestee moet word (Gilliland & James, 1993).

In konklusie moet enige intervensie aan die volgende kriteria gemeet word (Dixon, 1987):

- Is die intervensie redelik? Met ander woorde, regverdig die situasie krisisintervensie? Oorreaksies kan onnodige skade veroorsaak.
- Is die intervensie toepaslik? Krisiswerkers moet hulself dus afvra of die spesifieke benadering wat hul volg die mees toepaslike is.
- Is die intervensie eties? Dit sluit in veral aspekte soos konfidensialiteit, professionaliteit en aanbevelings omtrent medikasie en verdere behandeling.

Ter opsomming is krisisbestuur ("CISM") 'n wye reeks programme en interveniëstrategieë wat ontwikkel is om stres te voorkom of te help hanteer. Krisisintervensie vorm deel van 'n verskeidenheid "CISM"-tegnieke en is daarop gemik om die ontstaan van meer langtermyn psigologiese simptome (waaronder uitbranding en PTSS) te voorkom. Die historiese agtergrond van krisisintervensie is bespreek, sowel as verskeie benaderings en modelle ten opsigte van krisisintervensie.

Vervolgens sal ook gekyk word na ontlooting, wat nes krisisintervensie, deel vorm van verskeidenheid "CISM"-tegnieke.

10. ONTLONTING (“CISD”)

Soos reeds genoem in hoofstuk 1, is ontlonting ‘n generiese term vir die “Critical Incident Stress Debriefing (CISD)”-proses wat oorspronklik deur Mitchell (1983) ontwikkel is. Dit is ‘n vorm van krisisintervensie wat fokus op groepe slagoffers van ‘n kritiese insident of ramp, en bied hul die geleentheid om hul indrukke en begrip van die gebeurtenis op ‘n sistematiese en gestruktureerde wyse oor te dra. Dit stel die slagoffer in staat om die gebeurtenis te herleef in ‘n veilige en beheerde omgewing (Tehrani & Westlake, 1994). “CISD” of ontlonting is daarop gemik om korttermyn emosionele en fisiese stresreaksies te verminder en om ook die kans dat langtermyn stresreaksies tot post-traumatische stres kan ontwikkel, te verminder (Armfield, 1994).

Binne die SAPD is ontlonting ‘n prosedure wat daarop fokus om die impak van die trauma van ekstreme geweld wat polisiebeamptes ervaar, te verminder. Dit poog om die polisiebeampte se weerloosheid te verminder en om totale traumatisering te voorkom. Ontlonting binne die SAPD word waargeneem deur SAPD-sielkundiges, maatskaplike werkers, kapelane en geselekteerde SAPD-personeel (Sloan, 1998).

Ontlonting verskil van terapie, deurdat dit nie aangewend word om sekere reaksies te voorkom, of om te verhoed dat ‘n persoon weer ‘n trauma ervaar nie. Ontlonting is ‘n gestruktureerde prosedure wat ‘n raamwerk voorsien aan mense wat getraumatiseer is. Dit is ‘n proses wat ‘n persoon toelaat om sy gedagtes en emosies rondom die ervaring te deel - op so ‘n wyse dat die moontlikheid dat sy/haar reaksies oorweldigende proporsies kan aanneem, minimaal is (Sonderup, 1996).

Ontlonting en terapie verskil ook daarin dat ontlonters nie probeer om die onderliggende “betekenis” van gedrag, denke en emosies te probeer interpreteer soos terapeute nie. Slegs instruktiewe inligting en advies word voorsien om die getraumatiseerde persoon te help om sy reaksies te verstaan en om die kans op verdere probleme te verminder (Tehrani & Westlake, 1994).

10.1 HISTORIESE AGTERGROND

Die proses van ontlonting of “critical incident stress debriefing (CISD)” is oorspronklik deur Mitchell (1983) ontwikkel. Dit was hoofsaaklik gemik op brandweermanne wat aan traumatiese insidente blootgestel was (Davis, 1994). Die doel van die ontlonting was om die risiko van die ontwikkeling van PTSV te verminder. Die proses was daarop gemik om die slagoffers van traumatiese gebeure die geleentheid te bied om in ‘n gestruktureerde omgewing hul gevoelens en indrukke rondom die gebeure met mekaar te deel. Sodoende kon hul die situasie weer beleef in ‘n veilige, beheerde omgewing en sin uit hul ervaring maak (Curtis, 1995).

Alhoewel dit hoofsaaklik deur nooddienste (polisie, brandweer en mediese nooddienste) gebruik is, is dit later vanweë die sukses daarvan ook op grootskaalse rampe met primêre sowel as sekondêre slagoffers toegepas. Die proses van “CISD” is onder andere toegepas tydens die tornado in Barneveld, Wisconsin in 1984, die aardbewing in Mexico Stad gedurende 1985, die El Salvador-aardbewing in 1986, die massamoord in Palm Bay, Florida in 1987, die opstande in Los Angeles in 1992 en met die bomontploffing by die World Trade Centre in 1993. Die ekstensiewe gebruik van “CISD” het die ontwikkeling van ander ontlontingsmodelle gegenerer (Everly, 1995).

Lane (1994) noem egter dat, alhoewel daar verskillende ontlontingsmodelle ontwikkel is, die basiese doelwitte van ontlonting dieselfde bly, naamlik:

- om die impak van kritiese insidente op diegene wat daaraan blootgestel is, te verminder;
- om die herstel van skadelike stresreaksies wat ‘n persoon se beroep, familie en gesondheid benadeel, te bespoedig; en
- om die terugkeer van persone tot hul funksie in die sisteem, te fasiliteer.

10.2 MODELLE VAN ONTLONTING

Die modelle van Mitchell (1983), Raphael (1986), Dyregrov (1989) en Parkinson (1995) sal vervolgens vergelyk word:

**TABEL 2: VERGELYKING VAN DIE FASES VAN DIE VIER
ONTLONTINGSMODELLE**

Mitchell (1983)	Dyregrov (1989)	Raphael (1986)	Parkinson (1995)
Inleiding/reëls	Inleiding/reëls	Inleiding/reëls	Inleiding/reëls
Feite	Verwagtinge en feite	Inisiasie tot die ramp	Feite
Gedagtes	Gedagtes en besluite	Ervaring van ramp	Gevoelens
Reaksies	Sensoriese indrukke	Negatiewe/positiewe Aspekte en gevoelens	Toekomsbeplanning Afsluiting
Simptome	Emosionele reaksies	Verhoudings met ander	
Leer	Normalisering	Gevoelens vir slagoffers	
Hertoetrede	Toekomsbeplanning/ Coping en Afsluiting	Losmaking Hersiening en afsluiting	

10.2.1. MITCHELL (1983)

Die model van Mitchell begin vanuit 'n sterk kognitiewe raamwerk waarbinne die inleiding en ontdekking van feite plaasvind. Daarna word geleidelik beweeg na die emosionele ervaring met gedagtes, reaksies en simptome, waarna weer terug beweeg word na die veiligheid van 'n kognitiewe begrip deur die proses van leer en hertoetrede. Hierdie proses word bereik deurdat die leier van die ontlontingspan die proses versigtig beheer deur verduidelikings en standaardvrae met 'n duidelike struktuur (Tehrani & Westlake, 1994).

Die fases van Mitchell se model sal vervolgens meer breedvoerig bespreek word.

Inleidingsfase

Die eerste fase begin deur 'n duidelike inleiding waar die "CISD"-span hulself voorstel en die deelnemers inlig oor die aard van die proses, die waarde daarvan en die reëls wat toegepas sal word. 'n Goeie inleiding verhoog die deelnemers se motivering om betrokke te raak by die

proses. Verwagtinge omtrent die proses word ook ondersoek (Everly, 1995; Davis, 1994 & Tehrani & Westlake, 1994).

Volgens Bell (1995) sluit die reëls wat tydens die eerste fase bevestig word onder meer in:

- Konfidensialiteit is belangrik (wat in die kamer gesê word, bly in die kamer).
- Jy hoef nie te praat nie, maar word aangemoedig om dit wel te doen.
- Praat slegs namens jouself.
- Alle personeel het gelyke status tydens die ontlontingsproses.
- Deelnemers word aangemoedig om vrae te vra.
- Deelnemers is vry om na afloop van die verrigtinge met lede van die ontlontingspan te praat oor iets wat hul pla.

Feitefase

Na die aanvanklike inleiding word vinnig beweeg na die traumatiese gebeurtenis deur oop standaardvrae te vra soos: “Wie is jy?”, “Wat was jou werk?”, “Wat, volgens jou, het gebeur?” en “Wie was eerste daar?” Elke deelnemer kry dan die geleentheid om te reageer. Op hierdie stadium word gevoelens erken en word die deelnemers verseker dat hul gevoelens normaal is. Emosionele ervarings word nie ondersoek nie, aangesien hierdie fase kognitief georiënteerd is, met ander woorde die deelnemers fokus op die feite van die gebeurtenis (Everly 1995; Bell, 1995; Tehrani & Westlake, 1994 en Davis, 1994).

Denkfase

Tydens hierdie fase beweeg die deelnemer geleidelik vanaf die feitefase na die denkfase deur middel van vrae soos: “Wat was jou eerste gedagte toe dit gebeur het?” Al die deelnemers word die geleentheid gegee om te reageer en hul kognitiewe reaksies omtrent die gebeurtenis met mekaar te deel. Mitchell sien hierdie fase as ‘n oorgangsfase tussen die kognitiewe en affektiewe domeine (Everly, 1995; Bell, 1995; Tehrani & Westlake, 1994 en Davis, 1994).

Reaksiefase

Tydens hierdie fase kry die deelnemers die geleentheid om dit wat vir hul die ergste was omtrent die gebeurtenis aan te spreek. Emosionele reaksies wat tydens die vorige fase begin het, kan nou intensifiseer. 'n Tipiese vraag wat gevra word, is byvoorbeeld: "Watter aspekte van die gebeurtenis het vir jou die meeste pyn veroorsaak?" Hierdie vraag is 'n oop vraag en deelnemers hoef slegs daarop te reageer indien hul so voel. Die primêre taak van die ontlonters tydens hierdie fase is om die deelnemers te help om op die affektiewe komponente van die gebeurtenis te fokus (Everly, 1995; Bell, 1995; Tehrani & Westlake, 1994 en Davis, 1994).

Simptoomfase

Tydens hierdie fase word 'n oorgang vanaf 'n meer emosionele vlak van prosessering na 'n meer kognitiewe vlak voorsien. Deelnemers word gevra om hul fisiese, kognitiewe, gedrags- en emosionele reaksies te beskryf. Tipiese vrae wat tydens hierdie fase gevra word, sluit in: "Hoe gaan dit met jou nadat alles verby is?" en "Het daar enige simptome van stres oorgebly na afloop van die gebeurtenis?" Die primêre doel van hierdie fase is om die deelnemers te stabiliseer (Everly, 1995; Bell, 1995; Tehrani & Westlake, 1994 en Davis, 1994).

Leerfase

Gedurende hierdie fase beskryf die ontlontingspan die stresssimptome wat algemeen ervaar word deur mense wat aan 'n traumatiese gebeurtenis blootgestel is. Die deelnemers word weereens daaraan herinner dat hierdie normale reaksies is op abnormale gebeure. Hul word ook verseker dat hul simptome mettertyd sal verlig. Verbale en geskrewe instruksies word gegee om die deelnemers op te lei in sekere ontspanningstegnieke. Tydens hierdie fase moet die ontlonters daarop voorbereid wees om sekere patologiese simptome wat reeds in die vorige fase na vore gekom het, te identifiseer. Lyste van professionele persone wat opgelei is in die hantering van traumatiese stres word voorsien aan diegene wat verdere hulp benodig. Tydens hierdie fase is die deelnemers weereens op 'n kognitiewe vlak (Everly, 1995; Bell, 1995; Tehrani & Westlake, 1994 en Davis, 1994).

Hertoetrededefase

Die hertoetrededefase bring die ontlontingsproses tot 'n einde en bied 'n laaste geleentheid aan die ontlonsters om disfunksionele copingmeganismes te identifiseer en konstruktiewe copingmeganismes te versterk. Enige vrae wat die deelnemers nog kan hê, word beantwoord. Elke deelnemer en ontlonster kry 'n geleentheid om 'n laaste opmerking te maak. Die fase word afgesluit deur 'n opsomming te gee van dit wat gebeur het. Assesering vir verdere hulp kan ook tydens hierdie fase gemaak word. Deelnemers word aangemoedig om na afloop van die proses 'n bietjie met die span en ander deelnemers te sosialiseer. Hierdie sosialisering bied die deelnemer 'n oorgang tussen die ontlontingsproses en die heropneem van hul individuele lewens (Everly, 1995; Bell, 1995; Tehrani & Westlake, 1994 en Davis, 1994).

10.2.2. DYREGROV (1989)

Alhoewel Dyregrov sy model van ontloning op dié van Mitchell gebaseer het, is daar sekere verskille. Waar Mitchell die proses van ontloning begin by die insident self, begin Dyregrov sy ontlontingsproses vóór die insident, deur vrae te vra soos: “Hoe het jy van die gebeure te wete gekom?” Dyregrov fokus ook op die **besluitnemingsproses** van deelnemers tydens die denkfase deur gedragsgeoriënteerde vrae te vra soos: “Wat het jy gedoen?” gevolg deur 'n kognitiewe vraag “Hoekom het jy besluit om dit te doen?” Hierdie vorm van vraagstelling word gebruik om die deelnemers se geneigdheid tot selfblaaam te verminder. Dyregrov beweeg dan verder na 'n fase waar die **sensoriese indrukke** van die gebeurtenis ondersoek word met vrae soos: “Wat het jy gesien, gehoor, gevoel, geproe, geruik?” Hierdie vlak van detail is 'n verkortkoming in Mitchell se model. Dyregrov fokus sy aandag op die **normalisering** van **emosionele reaksies** ten tyde van die traumatiese gebeurtenis, asook van reaksies wat na afloop van die gebeurtenis ontwikkel het. Die modelle van Mitchell en Dyregrov stem dus ooreen, alhoewel Dyregrov groter klem plaas op die normalisering van reaksies, en hy stel voor dat dit veiliger vir deelnemers kan wees (Dyregrov, 1989 en Tehrani & Westlake, 1994).

10.2.3 RAPHAEL (1986)

Die model van Raphael is nie gebaseer op die kognitief-emosioneel-kognitiewe proses van Mitchell en Dyregrov se modelle nie, maar is eerder betrokke by die individuele deelnemers en hul emosionele ervarings. Net soos Dyregrov, begin Raphael se proses van ontlooting reeds voor die kritiese insident. Sy vra vrae omtrent die deelnemers se vlak van opleiding wat hul moes voorberei vir hul rol, asook of hul vorige ervarings met soortgelyke gebeure gehad het. In die **ervaring-van-die-ramp-fase**, vra Raphael vrae soos: “Was jou lewe bedreig?”, “Het jy enige iemand na aan jou verloor?” en “Watter dinge het met jou persoonlik gebeur?” Alhoewel hierdie tipe persoonlike inligting ook in Mitchell en Dyregrov se modelle na vore kan kom, is Raphael se benadering baie meer direk. In die **positiewe-en-negatiewe-aspekte-van-gevoelens-fase** kyk Raphael ook na die areas wat in Mitchell en Dyregrov in hul **reaksiefase** ondersoek is, maar gaan ‘n stap verder deur ook die positiewe aspekte van die ervaring te ondersoek, byvoorbeeld: “Het jy goed gevoel omtrent enigiets wat jy gedoen het?”, en “Het jy ‘n gevoel van bevrediging ervaar omdat jy in staat was om wel te kan help?” In die **verhoudings-met-ander-fase**, ondersoek Raphael die deelnemers se gevoelens omtrent hul kollegas en ander mense, gedurende en na afloop van die gebeurtenis deur vrae te vra soos: “Het jy enige konflik met ander ervaar?”, “Was daar enige positiewe aspekte betrokke deur met ander mense saam te werk?” en “Het jy enige hulp en begrip van jou familie ontvang na afloop van die gebeure?” Hierdie element van hulp van familie, vriende en kollegas word in Dyregrov se **yoekomsbeplanning/coping-fase** gevind, maar kom nie in Mitchell se model voor nie. Raphael se model beskik oor ‘n fase waarin die deelnemers se **gevoelens vir die slagoffers** van die gebeurtenis hanteer word. Laasgenoemde kom ook nie in die ander modelle voor nie. Vrae tydens hierdie fase sluit in: “Het enige van die slagoffers vir jou ‘n spesiale betekenis gehad?” en “Het ‘n slagoffer jou herinner aan iemand na aan jou?” In die **losmakingsfase** beweeg Raphael na die toekoms deur vrae te vra wat fokus op die terugkeer na die normale lewe en werk, asook op die gevoelens van “nie so belangrik wees in die normale lewe nie”. ‘n Tipiese vraag is byvoorbeeld: “Mis jy daardie gevoelens van spesiaal wees en dat iemand jou nodig het?” Die **finale fase** van Raphael se model fokus op dit wat uit die ervaring geleer is wat hulle en ander kan help om soortgelyke situasies in die toekoms te kan hanteer.

Raphael se model van ontlooting fokus dus op die emosionele ervaring van die slagoffer en daar

is geen formele verduideliking van die kognitiewe prosesse gedurende of na die gebeurtenis, soos in Mitchell en Dyregrov se modelle nie (Raphael, 1986 en Tehrani & Westlake, 1994).

10.2.4 PARKINSON (1997)

Die **hersiende driefase model** van Parkinson (1997) bevat al die belangrikste elemente en strukture van Mitchell en Dyregrov se modelle, maar dit is gekondenseer om begrip te vergemaklik. Soos die ander modelle, begin hierdie model ook met 'n **inleidingsfase** waar die ontlonters hulself voorstel en die doel, reëls en prosedure van die ontlontingsproses verduidelik. Net soos Dyregrov en Raphael, begin Parkinson se proses van ontlonting reeds voor die ontstaan van die kritiese insident, aangesien klem op vorige ervarings en vlak van opleiding geplaas word. Tydens die **feitefase** word persone aangemoedig om oor hul ervarings te praat sonder dat emosies hul oorweldig. Daar word veral gefokus op gedagtes en aksies asook op indrukke en beskrywings van dit wat voor, tydens en na die ramp plaasgevind het. Vrae wat gevra word is byvoorbeeld: "Wat het jy gedink?", "Wat het jy gedoen en hoekom?" en "Wat was jou indrukke van die gebeure?" Tydens die **gevoelsfase** word gefokus op die gevoelens en emosies van die persone tydens en na afloop van die ramp ervaar het. Reaksies wat tydens die ontlonting ontstaan word ondersoek asook hoe dit persone tans affekteer. Vrae wat gevra word sluit in: "Wat het jy geruik, gevoel en gehoor?", "Van watter gevoelens het jy bewus geword?" en "Watter fisiese reaksies het jy beleef?". Dit stel die persoon in staat om sy reaksies te herken en die rol wat dit tans speel, te verstaan. Gedurende die eerste twee fases word op 'n kognitiewe vlak deur die feite van gebeure gewerk. Vervolgens word daar op gevoelens en reaksies gefokus. Net soos Raphael ondersoek Parkinson ook moontlike positiewe aspekte van die ervaring deur byvoorbeeld te vra: "Is daar enige lesse wat jy geleer het?" Tydens **toekomsfase** word daar weer na 'n kognitiewe vlak beweeg deur die normaliteit van reaksies beklemtoon en sekere ondersteuningsbronne binne die individu en groep te identifiseer. Inligting omtrent sekere reaksies (waaronder PTVS) en die hanteering daarvan, word voorsien. Die doel van die **afsluitingsfase** is om aan te dui dat die proses voltooi is. Die formele afsluiting stel die persoon in staat om te voel dat hy iets bereik het en bied die geleentheid vir finale stellings en opmerkings. Indien nodig, kan verwysings en opvolgssessies gereël word (Parkinson, 1997).

Parkinson se model stem dus ooreen met dié van Mitchell en Dyregrov, maar dit is minder direk as Raphael se ontlontingsmodel.

10.3 DIE SAPD SE ONTLONTINGSMODEL

Die ontlontingsmodel van die SAPD is hoofsaaklik gegrond op die “CISD”-model van Mitchell (1983) wat in 10.2.1 bespreek is. Die model is egter gemodifiseer en aangepas deur Jacobs (1993) om aan die SAPD se spesifieke vereistes te voldoen. Die aangepaste model is ingebed in ‘n krisisontlontings-opleidingsprogram (waarop hierdie ondersoek fokus) wat strek oor ‘n tydperk van twee weke. Volgens Van Rensburg (1998) is die komponente van die opleidingsprogram die volgende:

- kleingroepontwikkeling;
- persoonlike selfontwikkeling;
- regsaspekte ten opsigte van ontlonting en praktiese eerstehulp wat die stop van bloeding en resissitasie insluit.
- teoretiese oriëntasie ten opsigte van die godsdienstige aspekte van ontlonting, stres, die selfbestuur van stres, post-traumatische stres, akute stres en paniekaanvalle;
- geskiedkundige oorsig ten opsigte van die beginsels en prosesse van ontlonting asook traumabestuur op grond van die IMPRESS A RAVEN- en SPIE-modelle. Volgens Colley (1995) en Blignaut (1998) sluit hierdie modelle die volgende aspekte in:

- | | | |
|----------|---|--|
| I | = | “Immediacy” (hanteer die situasie en slagoffer so gou as moontlik); |
| M | = | “Military Milieu” (bly sover moontlik binne die werksomgewing; aanpassings kan egter gemaak word); |
| P | = | “Proximity” (hulp moet beskikbaar wees; gebruik veral lede wat ‘n soortgelyke ervaring suksesvol hanteer het); |
| R | = | “Rest and replenishment” (daar moet in basiese behoeftes, soos kos en slaap, voorsien word); |

- E** = "Expectancy" (die terugkeer na werk is die hoofdoelwit, met ander woorde, lede moet nie hanteer word asof hul siek is nie);
- S** = "Supervision" (die proses moet onder bevel van 'n gekwalifiseerde persoon geskied en lede se toestand moet gemonitor word);
- S** = "Simplicity" (hulp moet prakties en eenvoudig wees; die ventilasie van reaksies en die bevestiging van die normaliteit daarvan is noodsaaklik);
- A** = "Activity" (lede moet sover moontlik betrokke gehou word in hul daaglikse aktiwiteite);
- R** = "Reaction" (lede moet weet watter simptome hul kan verwag);
- A** = "Awareness" (lede moet bewus wees van hul gevoelens en gedagtes; bevestig die normaliteit daarvan en identifiseer post-traumatische stres);
- V** = "Ventilation" (lede moet die kans gegun word om te ontlaai en hul gevoelens met ander in 'n groep te deel);
- E** = "Encouragement" (moedig lede aan om hul gevoelens uit te druk, ventileer die gevoelens en ondersteun); en
- N** = "Normalisation" (lede moet besef dat hul reaksies normaal is gegewe die omstandighede; stel lede in staat om terug te keer na hul normale pligte).

Aspekte van die SPIE-model is soortgelyk aan dié van die IMPRESS A RAVEN-model, naamlik:

- S** = "Simplicity"
- P** = "Proximity"
- I** = "Immediacy"
- E** = "Expectancy"

Volgens Van Rensburg (1998) is die SAPD-traumahanteringsmodel ook by die krisisonthoelings-opleidingsprogram ingesluit. Hierdie model, soos aangepas vir die SAPD deur Jacobs (1993), word in tabel 3 uiteengesit. Laasgenoemde dien as 'n raamwerk vir die onthoelingsprogram. Dit is egter selde dat al vier fases na 'n kritiese gebeurtenis geïmplementeer word. Volgens Colley (1995) is dit hoofsaaklik as gevolg van die volgende faktore:

- logistieke probleme (aangesien die program relatief nuut is, word gebeure dikwels op 'n latere tydstop aan die ontloftingspan gerapporteer);
- 'n tekort aan mannekrag (tans is daar nie naasteby genoeg ontlofters in Suid-Afrika om in die behoefte van ontlofting te kan voorsien nie, byvoorbeeld in die Wes-Kaap is daar ongeveer 60 ontlofters vir 14 000 polisiebeamptes); en
- individuele behoeftes (opvolgessies vind op 'n vrywillige basis plaas).

TABEL 3: DIE SAPD TRAUMAHANTERINGSMODEL

Ontlofting op die toneel
• op die krisistoneel
• psigologiese noodhulp
• informele bespreking van gebeure
• skep 'n veilige emosionele omgewing
• voorsien hoop aan die slagoffers
• normalisering van ervarings en emosies
Inisiële ontlofting
• binne vyf ure van die krisis
• informele bespreking van gebeure
• ontwikkeling van 'n vertrouensverhouding tussen slagoffers en ontlofters
• evaluasie van die krisis
• normalisering van ervarings en emosies
• verwysing van kritieke gevalle na psigiaters of sielkundiges

Formele ontlonting
• binne 48 uur van die krisis
• formele bespreking van gebeure
• vestig die verhouding tussen die slagoffers en ontloners
• normalisering van ervarings en emosies
• universalisasie van gevoelens en simptome
• fokus op persoonlike ontwikkeling
• verwysing van kritieke gevalle na psigiaters of sielkundiges
Opvolg
• binne ses weke van die krisis
• formele bespreking van gebeure
• handhawing van verhouding met slagoffers
• monitor die herstel van traumaslagoffers
• verwysing van kritieke gevalle

Volgens Jacobs (1993) bestaan SAPD-ontlontingsmodel ook uit 'n inleidings-, feite-, denk- en gevoelsfase. Daar is egter voorsiening gemaak vir 'n bykomende stresfase wat verdeel word in 'n stresreaksie- en streshanteringsfase. Na afloop van hiervan is die afsluitingsfase wat die voltooiing van die proses aandui. Die voordeel van die SAPD se ontlontingsmodel is dat dit, net soos die modelle van Mitchell, Dyregrov en Parkinson, 'n prosesmodel is. Hierdie modelle beskik oor gestruktureerde gespreksfases wat deurloop moet word.

Vorige navorsing gebaseer op opvolggesprekke met polisiebeamptes wat blootgestel is aan een of ander vorm van krisisintervensie, bevestig die waarde van sulke sessies. Ontlonting bied die

geleentheid om hul ervarings met mense te bespreek wat “dieselfde taal” praat (Conradie, 1992). Volgens Blignaut (1998) het ontlonting ‘n helende effek op die polisiebeampte om die volgende redes:

- **Die vestiging van hoop**

Lede word bewus daarvan dat ander dieselfde probleme en gevoelens as hulle ervaar en dat dit moontlik is om dit deur te werk.

- **Universaliteit**

Mense voel dikwels dat hul uniek is in die ervaring van hul trauma en dat niemand sal verstaan nie. Deur middel van deelname in die ontlontingsgroep word hul bewus van algemene gevoelens, vrese en reaksies.

- **Ventilasie**

Die ventilering van positiewe en negatiewe gevoelens word in die groep aanvaar en gevolglik help dit die individu om in kontak met sy eie gevoelens te kom.

- **Groepskohesie**

Lede aanvaar en verstaan mekaar.

- **Deel van inligting**

Deur inligting met mekaar te deel, kan lede na hul eie ervarings kyk vanuit ‘n raamwerk van normaliteit.

- **Eksistensiële faktore**

Lede word bewus van die feit dat alles in die lewe nie ‘n verduideliking het nie en dat die lewe soms onregverdig kan wees.

Ter opsomming is ontlonting dus die generiese term vir die “Critical Incident Stress Debriefing (CISD)”-proses wat fokus op groepe slagoffers van ‘n kritiese insident of ramp. Die proses van ontlonting is daarop gemik om korttermyn emosionele en fisiese stresreaksies te verminder en ook om langtermyn stresreaksies te voorkom. Daar is gekyk na die historiese agtergrond van ontlonting en verskillende ontlontingsmodelle, waaronder die SAPD-ontlontingsmodel, is bespreek.

Vervolgens sal die rol van die krisiswerker, wat verantwoordelik is vir die proses van ontlonting

en krisisintervensie, ondersoek word.

11. DIE KRISISWERKER

Soos reeds genoem in hoofstuk 1, verwys krisiswerkers of ontloners na alle mense wat opgelei is om krisisintervensie en ontloning te doen. Die krisiswerker of ontloner poog om die krisisslagoffer te help om tot 'n vlak van prekrisisfunksionering terug te keer - op 'n tyd wanneer sy/haar lewe struktuur kortkom. Met ander woorde psigologiese eerstehulp word toegepas. Krisiswerkers en ontloners help die slagoffer om ervarings as gevolg van die trauma, op 'n kognitiewe en emosionele vlak te integreer en sodoende 'n persepsie van beheer oor hul lewe te verkry (Parkinson, 1993; Greenstone & Leviton, 1993 en Tehrani & Westlake, 1994).

Volgens Egan (1990) het terapeutiese sukses meer te doen met die helper as met die tipe behandeling of hanteringsmeganisme wat gebruik word. Dit is duidelik dat die krisiswerker/ontloner bevoeg moet wees vir die taak wat aan hom opgelê is. In die literatuur is daar egter verskillende sienings oor watter eienskappe 'n effektiewe krisiswerker moet beskik, soos vervolgens geïllustreer sal word.

11.1 EIENSKAPPE VAN EFFEKTIEWE KRISISWERKERS

Volgens Cormier en Cormier (1991) is die volgende eienskappe teenwoordig in effektiewe helpers en krisiswerkers:

- **Intellektuele bevoegdheid**

Die krisiswerker/helper moet deeglik kennis dra van diverse areas. Hy moet 'n behoefte hê om te leer en moet nuuskierig genoeg wees om die effektiwiteit van bestaande tegnieke te toets en die nodige aanpassings te maak. Daar word ook van die krisiswerker/helper verwag om ingeligte besluite oor kliënte te neem.

- **Energie**

Terapeutiese intervensie is emosioneel uitputtend. Passiewe helpers met lae energievlakke is

geneig om swak samewerking en vertroue van kliënte te verkry. Dinamiese helpers moedig kliënte aan om self aktief te wees in hul eie herstelproses.

- **Buigsaamheid**

Effektiewe helpers hou nie vas aan 'n enkele ideologie of metode nie en is eerder geneig om laasgenoemde aan te pas om by die spesifieke behoefte van die kliënt te pas. Die buigsame helper se gedrag word altyd gerig deur die volgende vraag: "Watter tegniek sal die beste werk vir hierdie spesifieke kliënt met sy unieke stel probleme?"

- **Ondersteuning**

Effektiewe helpers ondersteun hul kliënte. Ondersteuning het verskeie funksies in die terapeutiese verhouding, waaronder die vermindering van angs en die vestiging van emosionele sekuriteit. Die helper moet egter daarteen waak om die kliënt van sy eie ondersteuningsstelsel te ontnem.

- **Welwillendheid**

Welwillendheid impliseer dat die krisiswerker/helper se motiewe en intensies positief en konstruktief moet wees, eerder as negatief en destruktief. Die krisiswerker moet op die kliënt fokus en nie op homself nie, met ander woorde hy moet nie die terapeutiese verhouding gebruik om eerstens eie behoeftes te bevredig nie. Daar word van die krisiswerker/helper verwag om eties en verantwoordelik op te tree.

- **Selfbewustheid**

Die vermoë om betrokke te raak in 'n effektiewe interpersoonlike interaksie word beïnvloed deur gevoelens en houdings omtrent die self. Indien 'n persoon 'n gebrek aan bewustheid omtrent homself het, sal hy nie in staat wees om die tipe terapeutiese verhouding wat die beste by 'n sekere kliënt pas, daar te stel nie. Die helper moet voortdurend bewus wees van sy eie sterktes en tekortkominge, asook van sy eie persoonlike groei.

Doyle (1992) identifiseer die volgende eienskappe van 'n effektiewe krisiswerker:

- **Die geloof dat kliënte unieke individue is met betekenisvolle waarde**

Die geloof dat alle mense waardig en uniek is, is essensieel vir die krisiswerker. Dit beteken nie dat 'n spesifieke gedrag of eienskap van die kliënt aanvaar word of nie aanvaar word nie, of dat jy daarvan moet hou of nie, maar eerder dat jy, ten spyte van die gedrag of eienskap, opregte belangstelling in die kliënt moet hê en hom/haar moet respekteer as 'n waardige mens. Verder beteken dit dat die krisiswerker moet poog om die kliënt se wêreld te probeer verstaan vanuit daardie persoon se unieke verwysingsraamwerk.

- **Die geloof dat mense in staat is om te verander**

Die krisiswerker moet glo dat alle mense, tot 'n sekere mate, hul gevoelens, houdings, kognitiewe strukture of owerste gedrag kan verander. Die krisiswerker moet kan erken dat, om mense met die proses van verandering te help, harde werk is en dat sommige persone nie gehelp kan word nie. Wanneer laasgenoemde gebeur, word dit nie toegeskryf aan die onvermoë om te verander nie, maar aan ander faktore, soos byvoorbeeld 'n gebrek aan kennis aan die kant van die krisiswerker of die feit dat die kliënt nie gereed is om te verander nie.

- **Kennis van die individu se funksionering**

Die krisiswerker moet bewus wees van die psigologiese beginsels wat menslike gedrag rig, asook van die omgewingsfaktore wat mense se gedrag beïnvloed. Kennis van die individu se funksionering is veral belangrik wanneer gepoog word om 'n vertrouensverhouding daar te stel en wanneer op 'n spesifieke tegniek besluit word.

- **Kennis oor hoe 'n individu gehelp moet word**

Die krisiswerker moet oor die nodige kliniese vaardighede beskik om 'n spesifieke kliënt op die beste moontlike wyse te help. Kliënte word op verskillende wyses gehelp; wat vir een persoon werk, sal nie sonder meer vir 'n ander persoon werk nie. Die krisiswerker moet dus voortdurend eksperimenteer met teorieë en tegnieke, aangesien die ontwikkeling van vaardighede 'n voortdurende proses is.

- **Die bereidheid om betrokke te raak**

Krisiswerkers moet hul bereidwilligheid om in die interpersoonlike proses betrokke te raak, kan

demonstreer. Dit is 'n verbintenis om soveel as wat nodig is van jouself as krisiswerker in die terapeutiese verhouding in te sit. Dit sluit in die vermoë om aan die kliënt te kommunikeer dat, op daardie spesifieke oomblik, niks belangriker is as wat die kliënt te sê het nie. Krisiswerkers wat goed voel oor hulself en bewus is van hul beperkinge, is vry om die nodige aandag aan kliënte te gee en te fokus op wyses waarop hul gehelp kan word.

- **Kennis van die self**

Dit is belangrik dat die krisiswerker/helper oor 'n positiewe selfkonsep moet beskik. Hy/sy moet bewus wees van sy/haar eie gevoelens, houdings, waardes en motiverings. Die krisiswerker moet bewus wees van sy/haar vaardighede en moet bereid wees om beperkinge te erken. Hy/sy moet oop wees vir selfverbetering en groei deur middel van addisionele leer en ervaring. Hoe beter die krisiswerker sy/haar eie gevoelens en gedrag verstaan, hoe beter kan hy die kliënt se gevoelens en gedrag verstaan. Die krisiswerker wat gemaklik is met hom/haarself kommunikeer 'n houding van opregtheid wat vertroue inboesem.

Berensen in Okun (1992) glo dat effektiewe helpers oor die volgende eienskappe beskik:

- **Empatie**

Effektiewe helpers is in staat daartoe om hul eie selfbewustheid en begrip aan die kliënt te kommunikeer en voorsien daarmee aan die kliënt 'n eksperimentele basis vir verandering.

- **Respek**

Effektiewe helpers kommunikeer warmte en besorgdheid.

- **Opregtheid**

Effektiewe helpers is eerlik met hulself en die kliënt.

- **Konkreetheid**

Effektiewe helpers reageer akkuraat, duidelik, spesifiek en onmiddellik.

Laastens identifiseer Corey (1990) die volgende eienskappe van 'n effektiewe helper:

- **Selfbewustheid**

Helpers moet voortdurend hul bewustheid van hul eie waardes en gevoelens ontwikkel om sodoende te kan groei en oop te wees vir verandering.

- **Belangstelling**

Helpers moet opreg belangstel in die welstand van kliënte, asook in die invloed van kultuur op hul gevoelens en gedrag.

- **Kennis en vaardighede**

Om professioneel effektief te kan wees, moet die helper in staat wees om psigologiese teorie en praktyk in hul eie betekenis te integreer.

Opsommenderwys kan gesê word dat 'n effektiewe krisiswerker goed voel oor homself en bewus is van sy/haar sterkpunte en beperkinge. Dit is iemand wat kennis dra van die mens se funksionering, asook van teorie en tegnieke. Hy/sy is buigsaam genoeg om die beste tegniek vir 'n unieke persoon se spesifieke probleme te gebruik. Hy/sy is eties, verantwoordelik en behandel die kliënt en sy kultuur altyd met die nodige respek.

11.2 DIE EFFEK VAN KRISISINTERVENSIE OP DIE KRISISWERKER SELF

Volgens Newburn (1993) is die ongewone aspekte van die werk waarmee krisiswerkers te doen kry 'n bron van geweldige stres. Hierdie aspekte sluit in die grootsheid en intensiteit van die ervarings waarmee hulle te doen kry. Hul werk dikwels met probleme wat vinnig ontstaan en dikwels dramaties is. Gevolglik is emosies baie vlugtig en is agtergrondsinsigting beperk (Gilliland & James, 1993).

Volgens Figley (1995) is die primêre slagoffer die persoon wat direk aan die traumatiese gebeurtenis blootgestel is. Diegene wat die primêre slagoffer ken, of met hom werk, word dikwels 'n sekondêre slagoffer deurdat die slagoffer se traumatiese gevoelens en emosies aan hulle

oorgedra word. Die **sekondêre slagoffer** is dikwels die krisiswerker wat poog om die pyn en lyding van die slagoffer te verlig. Deur laasgenoemde te doen, word die krisiswerker dikwels self 'n slagoffer deurdat hul in die proses sin en betekenis van hul eie bestaan verloor.

Hierdie verlies aan sin en betekenis van eie bestaan wat krisiswerkers ervaar, kan so oorweldigend wees dat die krisiswerker naderhand dieselfde eienskappe as die kliënt openbaar. Hul ervaar 'n verandering in interaksie met hulself, hul families en die wêreld. Hul kan ook begin om nagmerries en veralgemeende angs te ervaar. Laasgenoemde bevestig die feit dat die proses van die hantering van traumatiese gebeure opsig self traumaties kan wees (Cerney, 1995).

Figley (1995) identifiseer twee redes waarom krisiswerkers geneig kan wees tot sekondêre stres, naamlik:

- **Heelwat krisiswerkers het reeds traumatiese gebeure in hul eie lewens ervaar.**
Aangesien die krisiswerker op 'n wye verskeidenheid van traumatiese gebeure fokus, is dit onafwendbaar dat hul met slagoffers sal werk wat soortgelyke ervarings as hulself gehad het. Die gevaar lê daarin dat die krisiswerker sy eie ervarings en copingmeganismes kan oorveralgemeen en op die slagoffer kan probeer "afdruk".
- **Onopgeloste trauma kan geaktiveer word deur kontak met soortgelyke traumas.**
Krisiswerkers wat vorige traumas oorleef het, kan dikwels onopgeloste konflik met hul saamdra wat na vore kan kom wanneer met soortgelyke persone en ervarings gewerk word.

In bogenoemde omstandighede verloor die krisiswerker sy objektiwiteit, asook sy vermoë om van hulp vir die kliënt te wees. Krisiswerkers benodig dan self terapie om die sekondêre trauma wat hul ervaar, te kan hanteer (Cerney, 1995).

11.3 KATEGORIEË VAN SEKONDÊRE TRAUMATIESE STRESREAKSIES

Dutton en Rubinstein (1995) identifiseer drie kategorieë van sekondêre traumatiese stresreaksies,

naamlik:

- **Aanduiders van psigologiese nood en disfunksie**

Voorbeelde van sulke aanduiders sluit in oorweldigende emosies, oormatige verbeling van die kliënt se traumatiese materiaal, nagmerries, obsessief-kompulsiewe gedrag, substansmisbruik en benadeling van die krisiswerker se dag-tot-dag-funksionering.

- **Kognitiewe skuiwe**

Bogenoemde verwys na skuiwe in oortuigings, verwagtinge en aannames van krisiswerkers. Voorbeelde van sulke skuiwe sluit in vertroue (chroniese suspisie omtrent ander), veiligheid (verhoogde gevoel van weerloosheid) of intimiteit (aliënasië). Versteurings in kognitiewe skuiwe sal later meer breedvoerig bespreek word.

- **Verhoudingsversteurings**

Sekondêre blootstelling aan trauma het dikwels 'n impak op die krisiswerker se verhoudings, beide professioneel en persoonlik. Verhoudings met betekenisvolle andere kan benadeel word vanweë verhoogde stres en probleme met vertroue in intimiteit. Die krisiswerker se verhouding met sy kliënt kan op twee wyses benadeel word, naamlik die krisiswerker kan óf ooridentifiseer met die kliënt, óf hy kan homself totaal van sy kliënt distansieer.

11.4 'n MODEL VIR DIE VERSTAAN VAN DIE PSIGOLOGIESE EFFEKTE VAN SEKONDÊRE TRAUMATIESE STRES

Volgens McCann en Pearlman (1990) is die unieke wyse waarop 'n trauma ervaar word afhanklik van die skemas wat sentraal en uitstaande vir die individu is. Vervolgens word 'n beskrywing gegee van hoe versteurings in skemas geassosieer kan word met sekere emosies wat die krisiswerker of helper ervaar:

- **Afhanklikheid/trouwe**

Krisiswerkers wat met traumaslagoffers werk, word blootgestel aan die verskeie

wreeddaardige maniere waarop mense die vertroue van ander skend, asook aan die wyses waarop sekere mense diegene wat van hul afhanklik is, kan ondermyn (soos byvoorbeeld kinders). Dit veroorsaak dikwels 'n versteuring in die krisiswerker se skema van afhanklikheid en vertroue. Naderhand kan die krisiswerker suspisies raak omtrent ander se motiewe en word hul sinies en wantrouig.

- **Veiligheid**

Beelde van verminderde veiligheid, soos die bedreiging van onskuldige mense, kan die krisiswerker se skema van veiligheid versteur. Dit is veral nadelig indien die krisiswerker 'n sterk behoefte aan sekuriteit het.

- **Mag**

Slagoffers vind hulself dikwels in situasies van ekstreme weerloosheid en hulpeloosheid. Blootstelling aan sulke situasies deur die herinneringe van die kliënt kan veroorsaak dat die krisiswerker sy eie sin van mag in die wêreld bevraagteken. Krisiswerkers met sterk behoefte aan mag kan veral deur die magtelosheid van die kliënt beïnvloed word.

- **Onafhanklikheid**

Traumslagoffers, soos verkrachtingslagoffers, ervaar dikwels 'n versteuring in hul behoefte aan onafhanklikheid, soos 'n beperking in hul vryheid van beweging en die vermindering van persoonlike outonomieit. Vir die krisiswerker met sterk afhanklikheidsbehoefte, is die identifisering met slagoffers wat hul sin van beheer en vryheid verloor het, veral pynlik.

- **Esteem**

Esteem verwys na die behoefte om ander te sien as waardig. Mense wat op een of ander wyse verneder is, kan 'n verminderde esteem vir ander mense oor die algemeen ervaar. Die krisiswerker kan ook 'n meer siniese en pessimistiese siening omtrent die mens ontwikkel.

- **Intimiteit**

Slagoffers van trauma ervaar dikwels 'n gevoel van aliënasië van ander en die wêreld oor die algemeen. Krisiswerkers kan ook 'n gevoel van aliënasië ervaar as gevolg van blootstelling aan die kliënt se herinneringe van afgryslike realiteite. Hierdie aliënasië kan versterk word deur die vereiste van konfidensialiteit in psigoterapie, wat die krisiswerker

se behoefte om oor traumatiese materiaal te praat, ondermyn.

- **Verwysingsraamwerk**

‘n Vraag wat dikwels deur traumaslagoffers gevra word, is: “Hoekom het dit met my gebeur?” Die krisiswerker kan poog om te reflekteer op die vraag waarom ‘n spesifieke individu ‘n trauma ervaar het. Laasgenoemde het die potensiaal om destruktief te word, veral as die krisiswerker begin om die kliënt te blameer.

Opsommenderwys kan gesê word dat krisiswerkers wat voortdurend aan traumatiese gebeure blootgestel word deur die herinneringe van die kliënt, se kognitiewe skemas kan tydelik of permanent versteur word. Sulke versteurings kan die krisiswerker se psigologiese en interpersoonlike funksionering benadeel.

11.5 DIE KRISISWERKER EN UITBRANDING

Soos reeds genoem onder punt 5 van hierdie hoofstuk, word uitbranding beskou as emosionele uitputting, depersonalisasie en ‘n afname in persoonlike prestasie wat voorkom by persone wat met mense werk. Dit kan dus as ‘n vorm van werksgeoriënteerde stres beskou word wat ontstaan uit die sosiale interaksie tussen die hulpverlenende persoon en die ontvanger daarvan (Plug *et al.*, 1993).

Dimensies van uitbranding wat dikwels deur die helper of krisiswerker ervaar word, sluit in emosionele uitputting, verminderde persoonlike prestasie en depersonalisasie (Savicki & Cooley, 1987). Volgens Miller, Stiff en Hartman Ellis (1988) word helpers gekarakteriseer as simpatiek, onselfsugtig en hulpvaardig. As gevolg van die proses van uitbranding kan hierdie simpatie verander tot apatie en die behoefte om te help kan verander na ‘n behoefte om te ontsnap.

Figley (1995) onderskei tussen uitbranding en sekondêre traumatiese stres. Eerstens ontwikkel uitbranding geleidelik, terwyl sekondêre traumatiese stres skielik ontstaan. Tweedens is uitbranding die gevolg van emosionele uitputting, terwyl die simptome van sekondêre traumatiese stres dikwels geskei is van die werklike oorsake en ontstaan daar ‘n gevoel van hulpeloosheid en verwarring. Ten spyte van die verskille is beide uitbranding en sekondêre traumatiese stres

negatiewe, interne psigologiese ervarings wat dringende aandag vereis.

Opsommend kan gesê word dat die krisiswerker of ontlonter poog om slagoffers van kritiese insidente te help om ervarings as gevolg van die trauma op kognitiewe en emosionele vlak te integreer om sodoende 'n persepsie van beheer oor hul lewe te verkry. Daar is gekyk na watter eienskappe kenmerkend is van 'n effektiewe krisiswerker of ontlonter. Vervolgens is die effek van krisisintervensie op die krisiswerker ondersoek en die voorkoms van sekondêre traumatiese stresreaksies en uitbranding onder krisiswerkers is bespreek.

Uit bognoemde bespreking is dit duidelik dat krisiswerk en berading kan resulteer in negatiewe gevolge vir die helper en krisiswerker. Volgens O'Hagen (1986) word daar van die persoon wat as krisiswerker opgelei word, verwag om effektief te kan **cope** met die krisissituasies waarmee hy/sy gekonfronteer word. Vervolgens sal coping meer breedvoerig bespreek word.

12. COPING

Soos reeds genoem onder punt 4.7 van hoofstuk 1 verwys coping na verskillende perseptuele, kognitiewe en/of gedragsresponse waardeur gepoog word om situasies wat as pynlik, bedreigend, oorskreidend of moeilik (ten opsigte van interne en eksterne eise) getakseer word, die hoof te bied, te oorleef, te vermy, te kontroleer of die interpretasie van die gebeure of die konsekwensies daarvan te beïnvloed.

Folkman *et al.* (1991:242) verwys na coping as "changing cognitive and behavioral efforts to manage specific demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person". Hierdie definisie impliseer drie belangrike eienskappe: eerstens is coping proses-georiënteerd. Dit verwys na wat die persoon dink en doen en veranderinge in hierdie denke en gedrag soos wat die situasie ontvou. Tweedens is coping kontekstueel gebonde. Dit verwys na wat die persoon dink en doen in 'n spesifieke konteks. Coping berus dus nie net op persoonlikheidseienskappe nie, maar ook op die persoon se ervaring van die eise van 'n spesifieke situasie. Derdens fokus die definisie nie op die uitkoms van die poging nie, maar op die hantering daarvan.

Hierdie drie eienskappe het belangrike implikasies vir intervensies, aangesien copingprosesse per definisie veranderlik is en dus gemodifiseer kan word met behulp van byvoorbeeld opleiding of psigoterapie (Folkman *et al.*, 1991).

'n Stres- en copingraamwerk soos die van Moos (1994) bevorder die begrip vir die wyse waarop coping met lewenstressore tot 'n positiewe uitkoms kan lei. Dit help met die identifisering van persoonlike en kontekstuele determinante wat positief aangewend kan word in krisissituasies, asook met die formulering van 'n meer dieptebegrip oor die ontstaan van stres en die konsekwensies daarvan. Die aanwending van copingprosesse en die invloed daarvan op mense se fisiese en psigologiese gesondheid word ook duidelik.

12.1 DIE MODEL VAN MOOS (1994)

Moos (1994) het 'n breë heuristiese model gekonseptualiseer waarin verbande tussen omgewingstressore, sosiale bronne, persoonlike faktore, akute lewensgebeure, copingresponse en psigologiese gesondheid gehipotetiseer word. Daar word ook gehipotetiseer dat die genoemde veranderlikes mekaar wederkerig kan beïnvloed. Persoonfaktore en lewenskonteks het 'n belangrike invloed op die tipes copingprosesse en die mate van psigologiese gesondheid. (vergelyk figuur 2)

In paneel I word voortgaande lewenstressore en sosiale bronne in belangrike lewensareas voorgestel. Lewenskontekstuele faktore het 'n invloed op die moraal en aanpassing, en beïnvloed die aanvang en ontwikkeling van kliniese probleme. Die proses van herstel en terugvalle deur middel van copingstrategieë word ook beïnvloed.

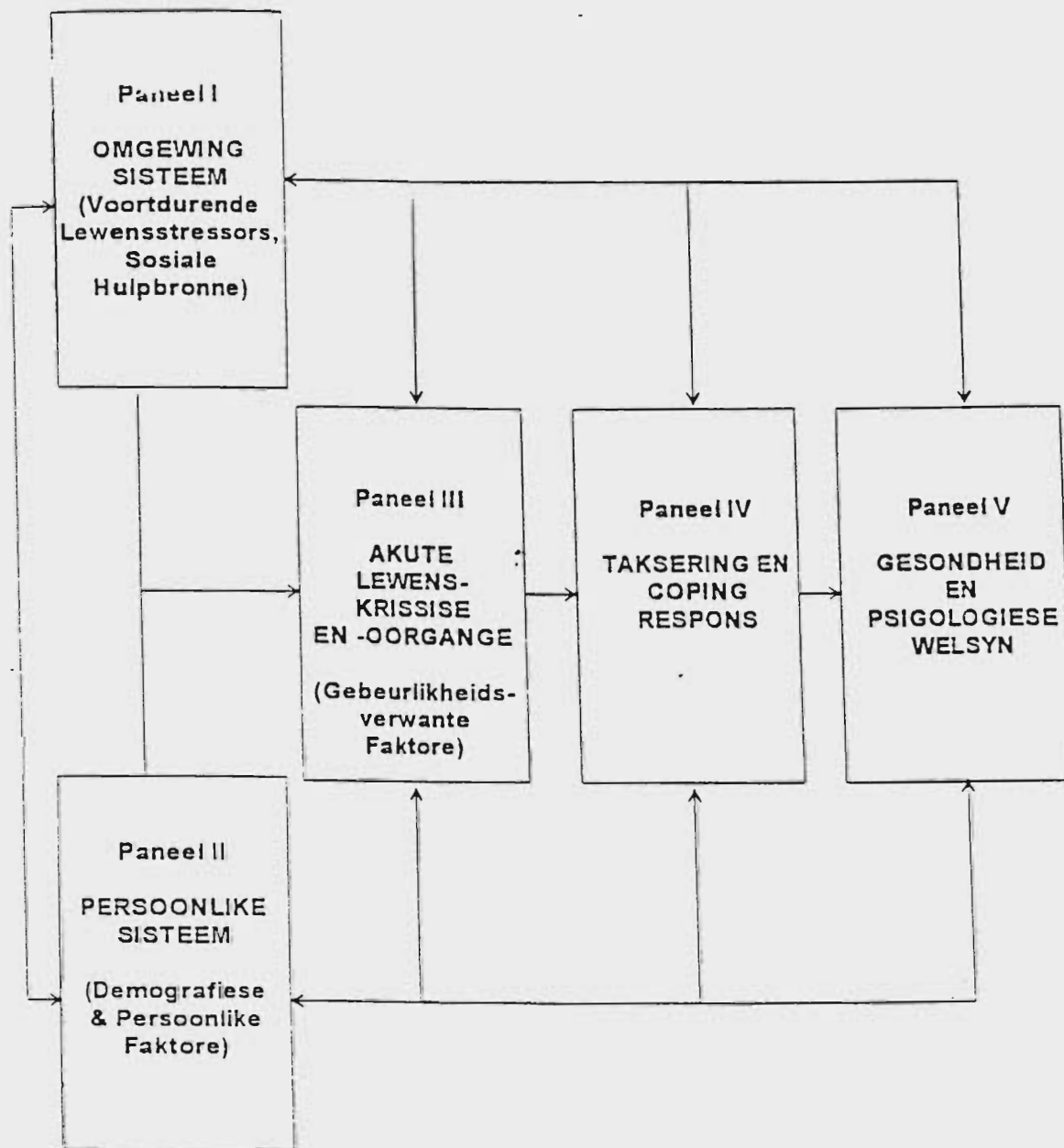
In paneel II word die individu se demografiese karaktereenskappe en sy persoonlike bronne, byvoorbeeld selfvertroue, kognitiewe vaardighede, verwagtinge en persoonlike verbintenisse voorgestel. 'n Individuele unieke waardestelsel maak deel uit van die persoonlike sisteme.

In paneel III word op akute lewenskrisisse en lewensoorgange gefokus.

In paneel IV word die individu se taksering van die probleem en die gevolglike copingresponse voorgestel.

In paneel V word die individu se fisiese en psigologiese gesondheid voorgestel.

FIGUUR 1: MOOS (1994) SE MODEL



Akute lewenskrisse en oorgange (soos in paneel III beskryf), sowel as omgewings- en persoonlikheidsfaktore wat dit voorafgaan (paneel I en II), beïnvloed die aard van kognitiewe taksering en copingresponse (paneel IV), sowel as die individu se gesondheid (paneel V). Dit word dus duidelik dat al die faktore interafhanklik en transaksioneel is en dat die versteuring van een faktor tot aanpassings in die ander faktore lei. Wederkerige terugvoer kan tydens elke stap plaasvind (Moos, 1994).

12.2 Tipes Copingstrategieë

Lazarus en Folkman (1984) deel coping in twee hoofstrategieë, naamlik **probleemgefokusde coping** en **emosioneel gefokusde coping**. **Probleemgefokusde coping** is 'n aktiewe aksie in 'n poging om die bron van stres te verminder, terwyl **emosioneel gefokusde coping** die emosionele stres wat saam met die bedreiging kom, probeer verminder of hanteer. Dit wil voorkom asof die meeste mense 'n mengsel van beide strategieë in stresvolle omstandighede gebruik maak (Carver *et al.*, 1989).

Volgens Kleinke (1991) is **probleemgefokusde coping** 'n poging om 'n probleem te identifiseer en te verstaan en om moontlike oplossings daarvoor te vind. **Emosioneel gefokusde coping** is daarop ingestel om emosionele nood te verlig en sluit in strategieë soos fisiese oefening, meditasie, die uitdruk van gevoelens en die soeke na ondersteuning. Kleinke (1991) is van mening dat mense meer geneig is tot probleemgefokusde coping wanneer daar 'n gevoel is dat iets omtrent 'n probleem gedoen kan word. Wanneer dit egter voorkom asof 'n probleem buite beheer is, word daar eerder op emosioneel gefokusde coping staatgemaak.

Carver *et al.*, (1989) onderskei vyf variasies van probleemgefokusde coping, vyf emosioneel gefokusde copingvariasies en twee copingstrategieë wat minder algemeen gebruik word. Die vyf variasies van probleemgefokusde coping is aktiewe coping, beplanning, onderdrukking van kompeterende aktiwiteite, weerhoudingscoping en die soek van instrumentele sosiale ondersteuning. **Aktiewe coping** is die proses waarin aktiewe stappe geneem word om die stressor te verwyder of die effek daarvan te verminder. **Beplanning** behels die uitdink van strategieë oor die beste hanteringswyse vir 'n probleem. Met die **onderdrukking van kompeterende aktiwiteite** word ander projekte tydelik op die agtergrond geskuif ten einde in staat te wees om eers aan die stressor aandag te gee. Met die toepassing van **weerhoudingscoping** word gewag vir die regte geleentheid om die probleem op te los eerder as om oorhaastig op te tree. Die **soek van sosiale ondersteuning vir instrumentele redes** behels die soek van advies, bystand of inligting.

Die vyf emosioneelgefokusde copingstrategieë wat onderskei word is die soek van sosiale

ondersteuning vir emosionele redes, positiewe herformulering, aanvaarding, ontkenning of 'n keer na religie. Met die **soek van sosiale ondersteuning vir emosionele redes** reik 'n persoon uit na ander vir morele ondersteuning, simpatie en begrip. Hierdie copingstrategieë kan soms 'n terugkeer na probleemgefokusde coping bevorder wanneer 'n persoon herverseker word van sy eie vaardighede. Wanneer dit egter slegs gebruik word vir die **ventilering van emosies** kan dit 'n swak copingstrategie word. **Positiewe herformulering en groei** lei die persoon daartoe om stresvolle emosies te verminder en kan daarom aktiewe coping bevorder. **Ontkenning** het tot gevolg dat 'n stressor as onwerklik beleef word. Daar word algemeen aanvaar dat hierdie nie 'n goeie copingstrategie is nie. **Aanvaarding** behels dat die persoon die bestaan van 'n stressor as realiteit aanvaar. Die toepassing van hierdie copingstrategie is belangrik in onveranderbare situasies waar die bron van die stressor nie weggeneem kan word nie. **'n Keer na religie** kan dien as emosionele ondersteuning, as middel tot positiewe herformulering en groei of aktiewe copingstrategie (Carver *et al.*, 1989).

Twee ander copingstrategieë wat disfunksioneel kan word en minder algemeen gebruik word, is die van gedragsonttrekking of losmaking en geestelike onttrekking. **Gedragsonttrekking** kan daartoe lei dat die stressor glad nie meer hanteer word nie en 'n persoon kan eindig met gevoelens van hulpeloosheid. **Geestelike onttrekking** help 'n persoon om sy denke van die probleem af te lei, byvoorbeeld dagdromery of oormatige slaap (Carver *et al.*, 1989).

Amirkham (1994) onderskei met die behulp van die Coping Strategy Indicator (CSI) drie fundamentele copingstrategieë, naamlik probleemoplossing, die soek van sosiale ondersteuning en vermyding. Die **probleemoplossingstrategie** impliseer die manipulerings van die stressor. **Vermyding** reflekteer 'n onderafdeling van emosioneelgefokusde coping wat aanduidend is van onttrekking en die **soek van sosiale ondersteuning** is 'n aktiewe poging van uitreiking na ander, eerder as om passief vir ondersteuning te wag.

12.3 DIE DOELTREFFENDHEID VAN COPINGSTRATEGIEË

Navorsing is gedoen oor die doeltreffendheid van bepaalde tipes copingstrategieë. Opsommend is die volgende resultate gevind.

Oor die algemeen word by Westerse groepe gevind dat copingstyle wat meer aktief probleemkonfronterend is, saamhang met beter fisiese en psigologiese gesondheid as copingstrategieë wat probleemvermydend is (Moos & Swindle, 1990; Zeidner & Endler, 1996).

Volgens Holahan en Moos (1987) lei onderhandeling en optimistiese vergelykings tot die vermindering van 'n bestaande stressituasie asook, van toekomstige probleme. Persoonlikheidsfaktore soos selfvertroue, bemeestering, 'n interne lokus van kontrole en 'n gemaklikheid oor die lewe, is bydraend tot meer aktiewe copingstrategieë en minder vermydingscoping. Sosiale bronne word positief geassosieer met psigologiese gesondheid, want dit voorsien emosionele ondersteuning en dien as inligtingsbron. Mense met sosiale bronne is minder geneig tot die gebruik van vermydingscoping. Aktiewe coping word geassosieer met minder ernstige disfunksies as vermydingscoping, wat geassosieer word met ernstiger disfunksies en psigologiese wanhoop. Individue wat aanmeld vir depressiebehandeling maak byvoorbeeld meer dikwels van vermydingscoping as probleemgefokusde coping gebruik. Individue met hoë sosio-ekonomiese status en 'n goeie opvoeding gebruik meer dikwels aanpasbare vorme van coping soos buigsaamheid en logiese analise. Hulle maak gebruik van probleemgefokusde copingstrategieë, en verdedigende strategieë soos rigiditeit, irrasionaliteit en selektiewe ignorering word minder algemeen gebruik.

Holahan en Moos (1987) en McCrae en Costa (1986) se resultate oor die persoonlike en kontekstuele determinante van copingstrategieë dui daarop dat aktief-kognitiewe coping positief korreleer met selfvertroue, familieondersteuning en 'n gemaklike houding.

Volgens Moos (1994) en Scheier en Carver (1987) word vermydingscoping geassosieer met negatiewe gebeure en is dit meestal 'n respons op 'n dreigende situasie wanneer persoonlike en kontekstuele bronne skaars is. Dit blyk egter dat individue wat eerder op aksie ten spyte van 'n tekort aan bronne en minder op vermydingscoping staatmaak, steeds beter fisiese en psigologiese gesondheid toon (Moos, 1994). Volwassenes wat 'n goeie verhouding met hul huweliksmaats en vriende het, maak eerder gebruik van benaderingscoping, byvoorbeeld die soek van ondersteuning as vermydingscoping soos kognitiewe en emosionele vermyding. Positiewe interpersoonlike verhoudinge word dus geassosieer met meer effektiewe copingresponse. Die

besikbaarheid van finansiële bronne word geassosieer met 'n mindere gebruik van vermydingstrategieë, veral kognitiewe vermyding en 'n groter gebruik van aktiewe gedrags-, kognitief- en probleemgefokusde coping (Moos, 1994).

Volgens Chang (1996) verteenwoordig optimisme en pessimisme (gedefinieer as algemene positiewe en negatiewe gevolgverwagtings) belangrike individuele verskille wat psigologiese en fisiese gesondheid bevorder of benadeel. Coping en gepaardgaande emosionele reaksies wat uit die situasie ontstaan, het ook 'n verband met optimisme en pessimisme. Optimisme word geassosieer met meer aanpassende betrokkenheid en direkte copingaktiwiteite soos byvoorbeeld probleemoplossing en kognitiewe herstrukturering, terwyl pessimisme met wanaangepaste copingaktiwiteite soos probleemvermyding en sosiale onttrekking geassosieer word.

Ter opsomming kan gesê word dat coping na verskillende perseptuele, kognitiewe en/of gedragsspatrone verwys waardeur gepoog word om situasies wat as pynlik, bedreigend, oorskreidend of moeilik getakseer word, die hoof te bied, te oorleef, te vermy, te kontroleer of die interpretasie van die gebeure of die konsekwensies daarvan te beïnvloed. Vervolgens is die model van Moos (1994) sowel as verskillende copingstrategieë en die doeltreffendheid daarvan omskryf.

Soos reeds genoem, is dit belangrik dat die krisiswerker met sy/haar stresvolle omstandighede moet kan cope. Volgens Hodgkinson en Stewart (1991) sal die krisiswerker wat 'n gevoel van psigologiese welsyn ervaar waarskynlik minder stres ervaar en ook die krisissituasie meer effektief sal hanteer. Vervolgens sal die term “psigologiese welsyn” breër omskryf word.

13 PSIGOLOGIESE WELSYN

Soos reeds genoem onder punt 4.8 van hoofstuk 1, word die konstruk “psigologiese gesondheid” (psychological well-being) vanuit 'n salutogene paradigma gekonseptualiseer. Psigologiese gesondheid word gesien as die mate van lewenstevredenheid, koherensiesin en positiewe affek soos gekonseptualiseer in Wissing en Van Eeden (1994).

Wissing en Van Eeden (1994) het 'n relatief sterk algemene psigologiese welsynfaktor geïdentifiseer na aanleiding van 'n teoretiese en empiriese ondersoek van verskeie konstrunkte. Hierdie faktor dui op spesifieke affektiewe, kognitiewe gedrags- en interpersoonlike kwaliteite. Daar is 'n predominansie van positiewe gevoelens oor negatiewe gevoelens. Wat die kognitiewe faset betref, word die lewe as betekenisvol gesien, tesame met 'n algemene verwagting dat lewenseise en verwagtinge suksesvol hanteer kan word. 'n Algemene lewenstevredenheid gemeet volgens die individu se standarde, is aanwesig. Die gedragsfaset word gekenmerk deur 'n gevoel van werksaamheid, die aanvaarding van uitdagings sonder dat probleme vermy word en 'n belangstelling in werk en aktiwiteite. Interpersoonlike verhoudinge word gekenmerk deur ondersteuning, vertroue in ander, die vind van vreugde in ander se geselskap en die gevoel dat 'n persoon benodig word. Daar is ook 'n afwesigheid van algemene simptome van 'n geestelike versteuring soos angs, depressie of somatiese simptome.

Skale wat die hoogste op hierdie faktor gelaai het, was Antonovsky (1987; 1993) se Sense of Coherence Scale (SOC), die Affektometer 2 (AFM) van Kamman en Flett (1983) en Diener, Emmons, Larson en Griffen (1985) se Satisfaction with Life Scale (SWLS). Bogenoemde skale word om hierdie rede in die ondersoek ingesluit. Die AFM meet hoe die persoon sy lewenskwaliteit op affektiewe vlak ervaar (positiewe-negatiewe-affekbalans), die SWLS meet hoe 'n persoon sy lewenskwaliteit op 'n kognitief-evaluerende vlak ervaar en die SOC meet hoe die individu die wêreld en sy lewe daarin ervaar, met die fokus op die mate van verstaanbaarheid, hanteerbaarheid en betekenisvolheid daarvan (Wissing, 1995).

Psigologiese gesondheid word op grond van bogenoemde vir doeleindes van hierdie ondersoek gekonseptualiseer en geoperasionaliseer in terme van die mate van koherensiesin, lewensatisfaksie en positiewe-negatiewe-affekbalans wat persone ervaar. Wissing en Van Eeden (1994) se psigologiese gesondheidsfaktor sluit dus verskeie sub sisteme van die mens as geheel in, byvoorbeeld affektiewe, kognitiewe en gedragsfasette.

13.1 TEORIEë OOR PSIGOLOGIESE GESONDHEID

Cowen (1991) identifiseer twee groepe indikatore wat verband hou met psigologiese gesondheid.

Die eerste groep is faktore soos 'n goeie dieet, voldoende slaap en die suksesvolle uitvoer van daaglikse take. Die tweede groep indikatore hou verband met 'n gevoel van beheer oor lewensaspekte, 'n gevoel van tevredenheid met die self en die bestaan wat gevoer word, sowel as 'n gevoel dat 'n persoon iewers behoort en sinvol funksioneer. Volgens Cowen (1991) word psigologiese gesondheid op 'n kontinuum aangedui en dit kan in negatiewe omstandighede verswak en in gunstige omstandighede verbeter. Dit stem ooreen met die siening van Kammann en Flett (1983). Volgens Cowen (1991) is faktore wat psigologiese gesondheid bevorder, bevoegdheid, aanpasbaarheid, sosiale sisteemverandering en bemagtiging. Bevoegdheid word gedefinieer as die suksesvolle uitvoer van aktiwiteite wat noodsaaklik is om aan 'n bepaalde lewensrol se eise te voldoen. Hy sluit ook vaardighede soos interpersoonlike kommunikasie, probleemoplossing, selfhandhawing en woedehantering hierby in. Aanpasbaarheid is noodsaaklik in onverwagte stresvolle situasies, byvoorbeeld 'n onverwagte aanranding of inbraak wat deel vorm van elke persoon se lewenservaring. Sosiale sisteemverandering en bemagtiging loop hand aan hand en vereis dat die makrosisteem wat mense van mag, regverdigheid en geleenthede stroop, verander moet word, sodat elke individu 'n gelyke kans tot sukses kan hê. Volgens hom moet faktore wat psigologiese gesondheid bevorder, so geïmplementeer word dat ouderdom en lewensomstandighede vir verskillende teikengroepe in ag geneem word.

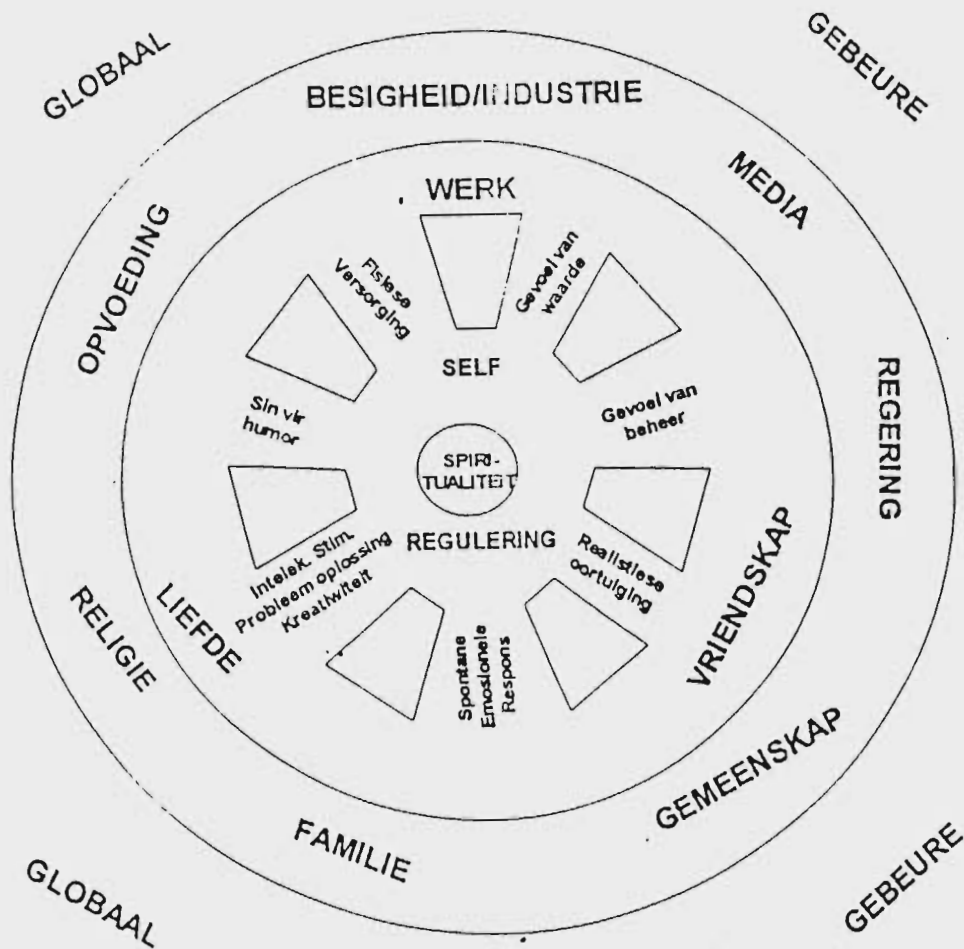
Volgens Wissing en Van Eeden (1994) se navorsing kan psigologiese gesondheid en psigopatologie egter as verskillende dimensies van menslike funksionering onderskei word, eerder as die teenoorgestelde pole van 'n kontinuum. Hoë indikatore van psigologiese gesondheid is aanduidend van psigologiese gesondheid, maar die afwesigheid van patologie impliseer nie noodwendig psigologiese gesondheid nie. Dit is wel moontlik dat hoë tellings op een dimensie saam met lae tellings op die ander dimensie kan voorkom.

Seeman (1989) plaas klem op 'n gesondheidsmodel met 'n pro-aktiewe benadering waar sterkpunte en copinghulpbronne bevorder word in 'n poging om patologie te voorkom. Hy definieer psigologiese gesondheid as volkome fisiese, geestelike, en sosiale welsyn eerder as die afwesigheid van 'n siekte soos wat dikwels in die siektemodel gedoen is. Seeman (1989) se oorkoepelende model plaas die fokus op interpersoonlike, ekologiese, kognitiewe, perseptuele, fisiologiese, sowel as biochemiese aspekte wat elk 'n positiewe bydrae tot psigologiese

gesondheid lewer. Volgens hom kan die mens vanuit enige van bogenoemde invalshoeke benader word om sy psigologiese gesondheid te verbeter. Sy navorsing toon dat intervensies op kognitiewe, interpersoonlike sowel as die fisiologiese sub sisteme uitgevoer kan word. Hy beklemtoon veral die belang van die kognitiewe sub sisteem met die klem op die individu se selfkonstruksie wat aspekte soos selfdefiniëring, selfpersepsie en gevoel van beheer in die onderhouding en bevordering van sy/haar gesondheid insluit.

Witmer en Sweeney (1992) se holistiese model sluit aan by Seeman (1989) se fokus op die mens in totaliteit (vergelyk figuur 3). Hulle plaas ook die klem op 'n proaktiewe benadering wat positiewe aspekte bevorder. Eienskappe van 'n gesonde persoon se lewensverloop word aan die hand van vyf lewenstake beskryf, naamlik spiritualiteit, selfregulering, werk, liefde en vriendskap. Bogenoemde lewenstake is in interaksie met lewenskragte wat teenwoordig is in die familie, gemeenskap, geloof/religie, opvoeding ensovoorts. Globale gebeure in 'n individu se lewe is in wisselwerking met lewenskragte, sowel as lewenstake.

FIGUUR 2: WITMER EN SWEENEY (1992) SE WIEL VAN PSIGOLOGIESE GESONDHEID EN VOORKOMING



Spiritualiteit is die eerste lewenstaak en word in die kern van die model geplaas. Dit sluit aspekte in soos optimisme, waardes en doelgerigtheid. Selfregulering is die tweede lewenstaak en plaas die klem op eienskappe soos selfwaarde, selfkontrole, 'n realistiese oortuiging, spontane en emosionele responsiwiteit, intellektuele stimulasie, probleemoplossing, kreatiwiteit, humorsin en fisiese versorging. Werk is die derde lewenstaak en fokus op ekonomiese onderhouding, sowel as psigologiese en sosiale funksies. Vriendskap is die vierde lewenstaak en fokus op kommunikasie en sosiale belange. Dit sluit alle verhoudinge in wat nie emosionele of seksuele

intimiteit of familie insluit nie. Liefde is die vyfde lewenstaak en bevorder psigologiese gesondheid deur die huwelik, vertroue, omgee en kameraadskap. Hierdie genoemde eienskappe en aspekte kan as indikatore van psigologiese gesondheid gebruik word (Witmer & Sweeney, 1991).

13.2 FAKTORE WAT PSIGOLOGIESE GESONDHEID BEVORDER

Volgens Schlosser (1990) ondervind individue wat gereeld fisiese oefening doen, deelneem aan gesondheidsbeskermende gedrag, meer sosiale ondersteuning kry, wie se persoonlikheid getipeer word as "gehard" en wat min angs en woede ervaar, beter psigologiese gesondheid as individue vir wie bogenoemde nie geld nie. 'n Betekenisvolle afname in psigologiese gesondheid is gevind in individue wat woede inhou en wat gereeld huil. Om woede egter onbeheersd af te reageer lei nie tot 'n verhoging in psigologiese gesondheid nie.

Schlosser (1990) se navorsing toon aan dat dit moontlik is om fisiologies siek te wees, maar steeds 'n hoë mate van psigologiese gesondheid te toon. Die vermindering van simptome tydens 'n siekte het nie noodwendig 'n positiewe invloed op psigologiese gesondheid nie. Daarteenoor rapporteer pasiënte met talle simptome van 'n siekte soms 'n hoë mate van psigologiese gesondheid.

Volgens Martin, Kuiper, Olinger en Dance (1993) is humor 'n belangrike bydraende faktor tot psigologiese gesondheid. 'n Persoon wat met humor na 'n situasie kyk, slaag beter daarin om hom/haarself van die probleem te distansieer en minder ernstig daarop te reageer. Die resultaat hiervan is dat probleme as minder bedreigend ervaar word. Hul navorsing bewys dat 'n sin vir humor verbind word met 'n positiewer selfkonsep, hoër vlakke van selfwaarde en 'n meer realistiese standaard vir die evaluering van selfwaarde. Persone met 'n goeie sin vir humor hanteer stresvolle situasies op 'n meer direkte probleemgefokusde wyse, terwyl hulle terselfertyd daarin slaag om emosionele afstand tussen hulle en die bron van stres te plaas. Hul ervaar stres as 'n uitdaging eerder as 'n bron van kommer en angs, en het 'n meer realistiese siening van toekomstige suksesse. Positiewe ervarings dra by tot 'n stygende positiewe affek, terwyl persone met 'n laer sin vir humor nie baat vind by 'n stygende aantal positiewe gebeurtenisse in hul lewens

nie.

Volgens Martin *et al.* (1993) is persone met 'n swak sin vir humor daartoe geneig om die persoonlike bydrae van swak probleemhantering te beklemtoon en die persoonlike belang by 'n onverwagte goeie gebeurtenis te devalueer. Hierdie patroon is selfvernietigend. Daarteenoor het persone met 'n goeie sin vir humor 'n meer realistiese selfkonsep en die selfkonsep word minder beïnvloed deur goeie of slegte prestasie. Hierdie meer stabiele patroon het 'n selfbeskermende funksie, aangesien die persoon hom/haarself minder blameer vir mislukkings of teleurstellings. Humor hang dus saam met beter psigologiese gesondheid.

Folkman, Lazarus, Gruen en DeLongis (1986) vind verbande tussen 'n persoon se **copingvaardighede en psigologiese gesondheid**. Dit word bevestig deur Folkman *et al.* (1991) wat sê dat die belewing van enige stressor – verlies, dreigemente, uitdagings, seerkry – beïnvloed word deur psigologiese, sosiologiese en fisiese gesondheid, sowel as kontekstuele veranderlikes. Relevante psigologiese veranderlikes sluit aspekte in soos oortuigings, waardes en doelwitte, en sosiale veranderlikes sluit aspekte in soos etnisiteit, kulturele agtergrond, sosio-ekonomiese status en geslag. Fisiese gesondheid word gereflekteer in 'n persoon se mediese geskiedenis en sy huidige algemene gesondheid, terwyl kontekstuele veranderlikes aspekte insluit soos werksomstandighede, familie-omstandighede en sosio-politieke omstandighede. Ook volgens Aldwin (1994) het die hantering van stres noodwendig 'n invloed op die individu se psigologiese gesondheid.

Opsommend kan gesê word dat psigologiese welsyn gesien word as die mate van lewenstevredenheid, koherensiesin en positiewe affek wat 'n persoon ervaar. Verskillende teorieë oor psigologiese welsyn is bespreek, sowel as die faktore wat psigologiese gesondheid bevorder.

14 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is ter aanvang polisiëring as stresvolle beroep uiteengesit, waaronder die oorsake en gevolge van stres in die polisie. Daarna is uitbranding en post-traumatische stresversteuring (PTSV) omskryf. Vervolgens is krisis, krisisbestuur ("CISM"), krisisintervensie

en ontlasting ("CISD") vanuit die literatuur ontleed. Laastens is daar ook klem geplaas op die krisiswerker, coping en psigologiese welyn.

In die volgende hoofstuk word die empiriese ondersoek uiteengesit.

HOOFTUK 3

EMPIRIESE ONDERSOEK

1. INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die metode van empiriese ondersoek uiteengesit. Die ontwerp van die studie word beskryf, sowel as die seleksie en eienskappe van die deelnemers en die verdeling in subgroepe. Daarna word die psigometriese instrumente, met verwysing na die rasionale, administrasie, nasien en interpretasie, geldigheid en betroubaarheid en die motivering vir die gebruik van die betrokke instrumente bespreek. Vervolgens word die prosedure sowel, as die wyse van statistiese analise van die data uiteengesit.

2. METODE VAN ONDERSOEK

2.1 Navorsingsontwerp

'n Tweegroepontwerp met voor- en natoetsing is gebruik.

2.2 Onderzoekgroep

Die onderzoekgroepe het bestaan uit personeellede van verskillende afdelings in die SAPD wat op grond van psigometriese toetse en kliniese onderhoude, aanbeveel is om die ontlontingsopleidingsprogram te ondergaan. Uit die onderhoude het dit geblyk dat die onderzoekgroepe hoofsaaklik bestaan uit geesteswetenskap-gegradueerdes. 43 persone het die ontlontingsprogram deurloop en die vraelyste voltooi. Die eerste eksperimentele groep het bestaan uit 24 lede wat in Noordwes gestasioneer is. Die tweede eksperimentele groep het bestaan uit 19 lede wat in die Weskaap werkzaam is. Respondente se ouderdomme het gewissel van 23 tot 45 jaar. Die onderzoekgroepe bevat mense van beide geslagte, sowel as verskillende etniese/sosiale groepe.

27 respondente is mans en 16 is vroue. 28 wit persone, 6 kleurlinge en 9 swart persone het die vraelyste voltooi.

Die kontrolegroep is ewekansig saamgestel uit **polisiebeamptes** wat administratiewe diens doen by area- of hoofkantore. Hul fokus veral op administratiewe-/ finansiële- / en logistieke sake. Hierdie groep bestaan uit 25 persone wat nie die krisisonthoofdings-opleidingsprogram deurloop het nie. 15 mans en 10 vroue het aan die ondersoek deelgeneem waarvan 16 wit en 9 swart is. Die grootste frekwensie respondente was in die ouderdomskategorie 26-30 jaar.

2.3 Meetinstrumente

2.3.1 Biografiese vraelys

Bogenoemde vraelys is opgestel om die beskrywing van deelnemers te fasiliteer. Daar is van deelnemers verwag om 'n paar biografiese vrae te beantwoord wat ouderdom, geslag, etnisiteit en rang insluit.

2.3.2 Skale vir die meting van trauma en stres

2.3.2.1 Traumakonstellasie-identifikasieskaal/ Trauma Constellation

Identification Scale [TCIS] (Dansky, Roth & Kronenberger, 1989)

Rasionaal

Die TCIS is 'n selfrapporteringsvraelys wat ontwikkel is om negatiewe affektiewe en wanaangepaste kognitiewe reaksies te meet ten opsigte van traumatiese en stresvolle lewensgebeurtenisse. Volgens Dansky *et al.* (1989) erken 'n groter getal navorsers die belangrike rol wat affek en 'n kognitiewe skema speel gedurende die herstel van traumatiese lewensgebeure. Hierdie kognitiewe skema kan gedefinieer word as relatief stabiele kognitiewe strukture wat 'n organisasie van oortuiginge omtrent die self, ander en die wêreld verteenwoordig. 'n Traumatiese gebeurtenis kan 'n persoon se kernskema omverwerp wat tot verskeie psigologiese probleme kan lei, wat dan kan inmeng met die coping prosesse (Dansky *et al.*, 1989).

Aard en administrasie

Volgens Dansky *et al.* (1989) bestaan die TCIS uit sestien kategorieë (nege skemas en sewe affekte). Vier van die skemas stem ooreen met Epstein se fundamentele wanaangepaste oortuigings, naamlik:

- Vyandige wêreld/ Malevolent World (MAW);
- Betekenislose wêreld/ Meaningless World (MEW);
- Vertroue/ Trust (TR); en
- Selfwaarde/ Selfworth (SW).

Die addisionele kategorieë of skemas word gekonseptualiseer as meer spesifieke instansies van Selfwaarde, naamlik:

- Aliënasie/ Alienation (AL);
- Selfblaam/ Self-Blame (SB);
- Afwesigheid van wederkerigheid in verhoudings / Reciprocity (RE);
- Isolاسie/ Isolation (IS); en
- Gebrek aan aanvaarding van gevoelens/ Legitimicy (LE).

Die sewe affektiewe kategorieë sluit in :

- Hulpeloosheid/ Helplessness (HE);
- Woede/ Rage (RA);
- Vrees/ Fear (FE);
- Verlies/ Loss (LO);
- Vernedering/ Shame (SH);
- Skuld/ Guilt (G); en
- Oorweldigende emosies/ Overwhelming Emotions (OE) is as addisionele kategorie ingesluit.

Persone moet responseer op elke stelling volgens 'n Likert-skaal wat strek van (1) "stem glad nie saam nie" tot by (7) "stem volkome saam".

Nasien en interpretasie

Die gemerkte tellings word vir elke subskaal gesommeer. Subskale wat die hoogste tellings het, is kognitiewe skemas of oortuigings wat die meeste gebruik word en die tipe affek wat die meeste deur die persoon ervaar word (Dansky *et al.*, 1989).

Geldigheid en betroubaarheid

Volgens Dansky *et al.* (1989) het die TCIS 'n hoë interne konstantheidsbetroubaarheid (Cronbach alfa-indekse = 0.94). Individuele itemgemiddelde strek van 1.69 tot 4.38. Al die item-tot-totaalkorrelasies is groter as 0.4 en die meeste van hierdie korrelasies val bo 0.55.

Motivering vir gebruik

Die TCIS gee 'n aanduiding van 'n persoon se kognitiewe skemas en affek gedurende die herstel van 'n traumatiese lewensgebeurtenis. Hierdie toets kan dus ook 'n aanduiding wees van die mate van stres wat ervaar word sowel, as van goeie copingprosesse.

2.3.2.2 Waargenome stresskaal/ Perceived Stress Scale [PSS] (Cohen, Kamarck en Mermelstein, 1983)

Rasionaal

Volgens Cohen *et al.* (1983) is navorsers dit eens dat die stresvolheid van gebeure nie afhang van die gebeure self nie, maar van die individu se waarneming daarvan. Die mens is konstant in interaksie met sy omgewing, en 'n gebeurtenis word, in die lig van beskikbare copingbronne, as potensieel bedreigend of uitdagend gesien. Op grond van laasgenoemde stelling is 'n gebeurtenis stresvol wanneer (a) dit as bedreigend waargeneem word en (b) onvoldoende copingbronne beskikbaar is om die situasie te hanteer. In reaksie hierop is die

Percieved Stress Scale (PSS) ontwikkel om die mate waarin 'n persoon situasies in sy lewe as stresvol sien, te meet.

Aard en administrasie

Volgens Cohen *et al.* (1983) is die PSS is 'n selfrapporteringsvraelys wat uit 14 items bestaan. Vrae word gevra oor die persoon se gedagtes en gevoelens gedurende die laaste maand. In elke geval moet die persoon aandui *hoe gereeld* hy op 'n sekere wyse dink en voel. Elke vraag word beantwoord deur 'n skaal van 0 tot 4 te gebruik, waar 0 dui op "nooit" en 4 op "baie gereeld". Instruksies is maklik verstaanbaar en dit neem slegs 'n paar minute om die vraelys te voltooi. Daar is geen tydsbeperking nie.

Nasien en interpretasie

Die PSS word nagesien deur die tellings by die aangeduide items om te keer. Daarna word die waardes van elke gemerkte respons bymekaar getel om 'n totaal telling te verkry. 'n Maksimum telling van 56 kan verkry word. 'n Hoë telling sal impliseer dat 'n persoon sy huidige omstandighede waarneem as baie stresvol en dat hy oor onvoldoende copingbronne beskik om dit te kan hanteer. Lae tellings sal daarop dui dat 'n persoon situasies uitdagend eerder as stresvol waarneem, en dat hy voel dat hy oor die nodige copingbronne beskik om dit genoegsaam te kan hanteer.

Geldigheid en betroubaarheid

Cohen *et al.* (1983) rapporteer goeie betroubaarheids- en geldigheidsindekse met Cronbach alfa-betroubaarheidsindekse wat in verskillende ondersoeke wissel tussen 0.84 tot 0.86. Toets-hertoetsbetroubaarheidsindekse van 0.85 is na twee dae en 0.55 is na ses weke in 'n Amerikaanse ondersoek gevind (Cohen *et al.*, 1983).

Motivering vir gebruik

Die PSS is 'n vinnige en maklik verstaanbare meetinstrument wat aanduidend is van die mate

waarin die individu sy lewensomstandighede as stresvol waarneem. Die toets beskik ook oor goeie betroubaarheid en geldigheid en is dus 'n bruikbare instrument waardeur aspekte omtrent die rol van waargenome stresvlakke in die etiologie van siekte en gedragsafwykings ondersoek kan word (Cohen *et al.*, 1983).

2.3.3 Skale vir die meting van copingstrategieë

2.3.3.1 COPE-vraelys/COPE-Questionnaire [COPE] (Carver, Scheier & Weintraub, 1989)

Rasionaal

Die COPE is 'n multidimensionele 53-item copingvraelys wat die verskillende wyses aantoon waarmee mense op stres reageer. Carver, Scheier en Weintraub (1989) konstrueer die vraelys met behulp van 'n teoretiese vertrekpunt as invalshoek wat verskil van ander vraelyste wat grootliks op empiriese data berus.

Aard en administrasie

Altesaam 13 verskillende copingstrategieë word gemeet. Vyf skale (met 4 items elk) meet verskillende aspekte van probleemgefokusde coping, naamlik:

- Aktiewe coping/ Active Coping (AC)
- Beplanning/ Planning (P)
- Onderdrukking van kompeterende aktiwiteite/ Suppressing of Competing Activities (SCA)
- Weerhoudingscoping/ Restraint Coping (RC)
- Soek sosiale ondersteuning vir instrumentele redes/ Seeking Social Support for Instrumental Reasons (SSSIR)

Vyf skale (met 4 items elk) met aspekte van emosioneelgefokusde coping, naamlik:

- Soek sosiale ondersteuning vir emosionele redes/ Seeking Social Support for Emotional Reasons (SSSER)
- Postiewe herformulering en groei/ Positive Reinterpretation and Growth (PR & G)
- Aanvaarding/ Acceptance (A)
- Ontkenning/ Denial (D)
- Keer na religie/ Turning to Religion (TTR)

Vier skale (met 4 items by die eerste 3 subskale en 1 item by die laaste subskaal) meet copingresponse wat sogenaamd minder bruikbaar is, naamlik:

- Fokus op ventilering van emosies/ Focus on and Venting of Emotions (F & VE)
- Gedragsonttrekking/ Behavioral Disengagement (BD)
- Geestesonttrekking/ Mental Disengagement (MD)
- Alkohol- en substansgebruik/ Alcohol-drug Disengagement (ADD) (Carver et al., 1989)

Aktiewe coping is 'n bewuste, aktiewe poging om die bron van stres te verwyder of om die effek daarvan te verminder. **Beplanning** is doelbewuste denke oor die hantering van die stressor. Met die **onderdrukking van kompeterende aktiwiteite** word ander projekte tydelik op die agtergrond geskuif ten einde in staat te wees om eers aan die stressor aandag te gee. Met die toepassing van **weerhoudingscoping** word gewag vir die regte geleentheid om die probleem op te los. **Die soek van sosiale ondersteuning vir instrumentele redes** behels die soek van advies, bystand of informasie. Met die **soek van sosiale ondersteuning vir emosionele redes** reik 'n persoon uit na ander vir morele ondersteuning, simpatie en begrip.

Positiewe herformulering en groei lei die persoon daartoe om stresvolle emosies te verminder. **Ontkenning** het tot gevolg dat 'n stressor as onwerklik beleef word. **Aanvaarding** behels dat die persoon die bestaan van 'n stressor as realiteit aanvaar. 'n **Keer na religie** behels dat die persoon troos en antwoorde vir 'n probleem in sy/haar godsdiens vind. Die **ventilering van emosies** behels dat 'n persoon alle gevoelens rondom 'n stressor verbaliseer en uitleef. **Gedragsonttrekking** impliseer dat die persoon geen gedrag sal openbaar wat poog om die

stressor te hanteer nie. **Geestelike onttrekking** help 'n persoon om sy denke van die probleem af te lei, soos met dagdromery of oormatige slaap. **Alkohol- en substansgebruik** het tot gevolg dat 'n persoon probeer ontsnap van die realiteit in 'n poging om nie 'n bepaalde stressor te hanteer nie.

Die COPE het 'n selfrapporteringsformaat en bevat 53 items. Persone moet rapporteer wat hul meesal dink en doen wanneer hul stresvolle ervarings beleef. 'n Vierpunt Likert-skaal word gebruik wat wissel van een punt (ek doen dit normaalweg glad nie) tot vier punte (ek doen dit meesal) (Carver *et al.*, 1989).

Nasien en interpretasie

Die gemerkte tellings word vir elke subskaal gesommeer. Subskale wat die hoogste tellings het, is copingstrategieë wat die meeste gebruik word, behalwe in die geval van die laaste subskaal (ADD) wat net uit een item bestaan (Carver *et al.*, 1989).

Geldigheid en betroubaarheid

Carver *et al.* (1989) rapporteer Cronbach alfa-betroubaarheidsindekse wat wissel van 0.45 tot 0.92. Alle subskale beskik oor genoegsame betroubaarheid en slegs Mental Disengagement (MD) meet laer as 0.6. Aangesien hierdie subskaal verskil van die ander, is die lae betroubaarheid verklaarbaar. Toets-hertoetsbetroubaarheid wissel van 0.46 tot 0.86 en 0.42 tot 0.89 en is toegepas na twee weke.

Motivering vir gebruik

Tesame met die hoë geldigheids- en betroubaarheidsindekse waaroor die skaal beskik, meet die COPE duidelik gedefinieerde aspekte van coping. Daar word ook aandag gegee aan minder algemene vorme van coping (Carver *et al.*, 1989).

2.3.3.2 Copingstrategie-indikator/ Coping Strategy Indicator [CSI] (Amirkhan, 1990; 1994)

Rasionaal

Amirkhan (1990) het copingdimensies geïdentifiseer wat geldige aanduiders van stresshantering is, maar wat ook sensitief is vir individuele verskille in spesifieke stressituasies. Hierdie benadering kan as 'n middeweg beskou word tussen die konvensionele benadering (verskillende tipes coping word teoreties onderskei) en die induktiewe benadering (onderskei copingstrategieë in 'n spesifieke konkrete situasie).

Die CSI meet die mate waarin 'n persoon van drie breë tipes copingstrategieë gebruik maak, naamlik:

- 'n vermydingstrategie wat fisiese en/of psigiese onttrekking behels;
- 'n instrumentele probleemoplossingstrategie wat dui op die hantering van die stressor; en
- 'n strategie waartydens die persoon aktief op ander steun vir onder andere advies en vertroosting.

Aard en administrasie

Die CSI bestaan uit 33 items waarvan 10 op elke subskaal laai. Volgens Amirkhan (1990; 1994) is daar drie subskale, naamlik:

- Probleemoplossing/ Problem Solving (PS);
- Soeke na sosiale ondersteuning/ Seeking Social Support (SSS); en
- Vermyding/ Avoidance (A).

Die CSI het 'n selfrapporteringsformaat wat respondente eers rig om 'n stresvolle ervaring kortliks te omskryf. Daarin word voorgeskryf dat die gebeurtenis onlangs (in die afgelope ses maande) en redelik intens van aard moet wees. Respondente lees dan 'n lys van 33 spesifieke

copingreaksies en dui aan tot watter mate elkeen benut is in die hantering van die beskrewe gebeurtenis (“baie”, “bietjie” en “geensins”). Daar word van ‘n drie-punt Likert-skaal gebruik gemaak.

Die toepassing by groepe sowel as individue is eenvoudig en instruksies is maklik verstaanbaar. Die toets neem ongeveer tien tot vyftien minute om te voltooi en daar is geen tydsbeperking nie (Amirkhan, 1990).

Nasien en interpretasie

Response word gesommeer in die drie skale. Die waardes van response vir items wat op ‘n spesifieke skaal laai, word bymekaar getel om ‘n totaal telling (routellings) vir elke subskaal te verkry. Die skaal met die hoogste telling is die copingstrategie wat die meeste deur die individu benut word. Die nasiensisteem is multidimensioneel en maak voorsiening vir meer komplekse voorkeure of patrone. ‘n Toetsling kan dus op meer as een subskaal hoë tellings behaal wat aandui dat hy van meer as een copingstrategie gebruik gemaak het (Amirkhan, 1990).

Geldigheid en betroubaarheid

Volgens Amirkhan (1994; 1990) beskik die CSI oor hoë konstruk- en kriteriumgeldigheid en genoegsame konvergente en diskriminante geldigheid. Hy rapporteer dat die CSI oor hoë interne konsekwentheid beskik. Cronbach alfa-indekse van 0.93 vir SSS, 0.89 vir PS en 0.84 vir A is gevind. Goeie toets-hertoetsbetroubaarheid word geïmpliseer deur ‘n toets-hertoetsbetroubaarheidskoëffisiënt van 0.82. Wissing en Du Toit (1994) rapporteer Cronbach alfa-indekse van 0.91 (SS), 0.83 (PS) en 0.56 (A).

Motivering vir gebruik

Die CSI is ‘n resente ontwikkelde copingskaal met goeie psigometriesse kwaliteite. Dit meet algemeenaanvaarde universele copingstrategieë, terwyl dit terselfertyd sensitief is vir individuele verskille. Die skaal beskik oor hoë vlakke van betroubaarheid en geldigheid en dit is kort en tydekonoom om te gebruik (Amirkhan, 1994; 1990).

2.3.3.3 Copingrespons vraelys vir volwassenes/ Coping Responce Inventory- Adult Form [CRI] (Moos, 1993)

Rasionaal

Navorsers gebruik twee hoofkonseptuele benaderings om copingresponse te klassifiseer. Een benadering beklemtoon die *oriëntasie* of *fokus* van coping (probleemgefokus of emosioneelgefokus), waar die ander die *metode* van coping (kognitief of gedrag) beklemtoon. Die CRI-Adult kombineer hierdie twee benaderings. Dit assessee agt tipes copingresponse wat hierdie *fokus*- en *metode-van-coping*-aspekte reflekteer (Moos, 1993).

Aard en administrasie

Die CRI-Adult is 'n selfrapporteringsvraelys vir persone van agtien jaar of ouer, wat in groepe of individueel afgeneem kan word. Hierdie toets meet agt verskillende tipes copingresponse ten opsigte van stresvolle lewensomstandighede. Hierdie response word gemeet deur agt skale, naamlik:

- Logiese analise/ Logical Analysis (LA);
- Positiewe herformulering/ Positive Reappraisal (PR);
- Soek leiding en ondersteuning/ Seeking Guidance and Support (SG);
- Probleemoplossing/ Problem Solving (PS);
- Kognitiewe vermyding/ Cognitive Avoidance (CA);
- Aanvaarding of gelatenheid/ Acceptance or Resignation (AR);
- Soek alternatiewe belonings/ Seeking Alternative Rewards (SR); en
- Emosionele ontlading/ Emotional Discharge (ED).

Die eerste stel van vier skale meet benaderingscoping en die tweede stel van vier skale meet vermydingscoping. Die eerste twee skale in elke stel meet kognitiewe copingstrategieë; die derde en vierde skale in elke stel meet behavioristiese copingstrategieë. Elkeen van hierdie agt skale

bestaan uit ses items. Elke item beskryf 'n lewenswyse, byvoorbeeld: "Ek het heelwat energie". Persone moet by elke item die reaksie merk wat hom die beste beskryf gedurende die laaste ses maande. Keuses word gemaak deur van 'n vierpunftfrekwensieskaal gebruik te maak wat strek van "nooit of byna nooit" tot "altyd of byna altyd". Die CRI-Adult sluit ook 'n stel van tien items in wat inligting bied omtrent hoe die individu die fokale stressor en sy gevolge waarneem. Hierdie items fokus op die konteks van die stressor, byvoorbeeld of dit al voorheen gebeur het, of dit verwag is, en of die individu daarop gereageer het as 'n bedreiging of 'n uitdaging. Dit assesser ook die individu se persepsie van die oorsaak van die stressor en of die probleem opgelos kan word of nie (Moos, 1993).

Die toets neem ongeveer vyftien minute om te voltooi (Conoley & Impara, 1995).

Nasien en interpretasie

Die CRI-Adult kan binne vyf minute met die hand nagesien word. Tel die waardes van die items in elke kolom op en skryf die totaalstelling in op die spatie onderaan elke kolom. Hierdie totaalstelling is die routelling vir elke skaal. 'n Profielarea word voorsien op die agterkant van die antwoordstel en stel die toetsafnemer in staat om die respondent se routellings in T-tellings om te skakel om sodoende die respondent se copingresponsofprofiel saam te stel.

Geldigheid en betroubaarheid

Moos (1993) rapporteer 'n betroubaarheidsindeks (Cronbach alfa) wat wissel van 0.61 tot 0.72 vir mans en 'n wisseling tussen 0.58 en 0.71 vir vroue. 'n Matige positiewe interkorrelasie is tussen die agt skale gevind (0.29 vir mans en 0.25 vir vroue). Toets-hertoets-betroubaarheidsindekse na 'n 12-maande opvolg het gewissel van 0.45 vir mans en 0.43 vir vroue.

Motivering vir gebruik

Volgens Moos (1993) kan die CRI-Adult veral gebruik word vir kliniese beskrywings, die beplanning van behandeling en progamevaluasie. Dit beskryf 'n persoon se copingresponse ten opsigte van 'n spesifieke stresvolle lewensomstandigheid, verder monitor dit stabiliteit en

verandering in copingresponse, vergelyk dit individue en groepe en bepaal dit hoe nuwe lewensgebeure 'n persoon se metode van coping affekteer, asook hoe copingresponse die individu se lewensituasie en funksionering kan verander.

2.3.4 Skale vir die meting van psigologiese welsyn

2.3.4.1 Koherensieskaal/ Sense of Coherence -scale [SOC] (Antonovsky, 1987; 1993)

Rasionaal

Die koherensieskaal is deur Antonovsky (1987) ontwerp vir die operasionalisering van sy sogenaamde SOC-konstruk. Hiermee word 'n toetsling se koherensiebelewing op 'n kwantitatiewe wyse geëvalueer. Volgens Antonovsky (1987) meet dit 'n individu se volgehoue gevoel van vertroue dat stimuli van 'n persoon se interne en eksterne wêreld gestruktureerd, voorspelbaar en verklaarbaar is en dat daar genoeg bronne beskikbaar is om die stimuli te hanteer. Eise word as uitdagings gesien wat die moeite werd is om te aanvaar. Die drie kernkomponente van 'n sin vir koherensie is verstaanbaarheid, hanteerbaarheid en betekenisvolheid.

Verstaanbaarheid is aanduidend van die wyse waarop die individu eksterne en interne stimuli as ordenbaar, verklaarbaar en voorspelbaar ervaar. **Hanteerbaarheid** is aanduidend van die mate waarin 'n individu ervaringe in sy lewe as hanteerbaar en uitdagend beskou. Die individu glo dat hy oor genoegsame bronne beskik of toegang het om situasies suksesvol te hanteer.

Betekenisvolheid verwys na die mate waarin die individu voel dat die lewe sinvol is en dat energie belê moet word in die hantering van probleme en eise waarmee 'n mens gekonfronteer word.

Dit blyk uit Antonovsky (1987, 1993) sowel as Wissing en Du Toit (1994) se navorsing dat die SOC 'n positiewe korrelasie met psigologiese en fisiese gesondheid, en 'n negatiewe korrelasie met stressimptomatologie het. Die SOC se resultate is aanduidend van 'n persoon se stresweerbaarheid en mate van psigologiese gesondheid.

Aard en administrasie

Die SOC is 'n selfrapporteringsvraelys wat uit 29 items bestaan. (Daar is ook 'n 13-item-vraelys beskikbaar.) Daar word van respondente verwag om te reageer op stellings oor hulle lewens en dan op 'n sewepunt Likert-skaal aan te dui in hoe 'n mate die genoemde stelling op hulle van toepassing is. Daar is elf verstaanbaarheids-, tien hanteerbaarheids-, en agt betekenisvolheidsvrae. Dertien items is negatief geformuleer. Tellings moet dus omgekeer word met die nasien van die vraelys. Die vraelys kan in onderhoudsformaat of as selfrapporteringsvraelys gebruik word. (In hierdie ondersoek is daar van die selfrapporteringsformaat gebruik gemaak.) Instruksies is maklik verstaanbaar en dit neem ongeveer tien tot vyftien minute om die vraelys te voltooi. Daar is geen tydsbeperking nie.

Nasien en interpretasie

Die SOC word nagesien deur die tellings by die aangeduide items om te keer. Daarna word die waardes van elke gemerkte respons bymekaar getel om 'n totaalstelling te verkry. Die totaalstelling kan 'n minimum van 29 en 'n maksimum van 203 wees. Gemiddelde tellings van 117-152 word gerapporteer (Antonovsky, 1987; 1993). 'n Hoë telling is aanduidend van 'n sterker koherensiesin. Persone wat hoë tellings behaal, sal waarskynlik die aard en dimensie van 'n sterk chroniese stressor beter begryp. Hulle sal dit ook beter definieer en meer waarskynlik deelneem aan aktiwiteite wat fisiese en psigiese gesondheid bevorder as persone met 'n lae telling. Hulle sal ook oor meer toepaslike hulpbronne beskik wat aktief aangewend kan word eerder as om met hulpeloosheid te reageer. Stressore sal as uitdagings eerder as bedreigings aangepak word (Antonovsky, 1987; 1993).

Geldigheid en betroubaarheid

Antonovsky (1993) rapporteer baie goeie betroubaarheids- en geldigheidsindekse met Cronbach alfa-indekse wat in verskillende ondersoeke wissel tussen 0.82 tot 0.95. Flannery, Perry, Penk & Flannery (1994) en Mcsherry en Holm (1994) se navorsing ondersteun hoë vlakke van geldigheid en betroubaarheid. Wissing en Van Eeden (1994) en Wissing en Du Toit (1994) rapporteer Cronbach alfa-indekse wat wissel van 0.85 tot 0.91 by Suid-Afrikaanse

ondersoekgroepe. Antonovsky (1993) het toets-hertoetsbetroubaarheidsindekse van 0.52 en 0.56 na 'n jaar en 0.54 en 0.55 na twee jaar in 'n Israeliese ondersoek gevind.

Motivering vir gebruik

Wissing en Van Eeden (1994) het deur middel van faktoranalises op verskeie psigologiese gesondheidsmeetinstrumente 'n relatief sterk algemene psigologiese gesondheidsfaktor gevind. Die SOC van Antonovsky (1987; 1993) is die instrument wat hierdie faktor die beste beskryf het. Gevolglik is dit as een van die metings van psigologiese gesondheid in hierdie ondersoek gebruik. Antonovsky (1993) meen dat die SOC 'n konstruk is wat universeel geldig is vir verskillende kulture, geslagte en sosiale groepe. Dit sluit dus die faktore in wat skynbaar in alle kulture die basis vorm vir die suksesvolle hantering van stressore.

2.3.4.2 Lewenstevredenheidsvraelys/ Satisfaction with Life Scale [SWLS] (Diener, Emmons, Larson & Griffen, 1985)

Rasionaal

Die SWLS is ontwikkel om 'n persoon se globale lewenstevredenheid te bepaal. Die evaluering van 'n persoon se lewenskwaliteit vind op 'n kognitiewe beoordelingsvlak plaas, terwyl 'n persoon van sy subjektiewe kriteria gebruik moet maak om die vraelys te voltooi. Die beoordeling van psigologiese gesondheid is dus gebaseer op 'n vergelyking tussen die persoon se huidige situasie en 'n standaard wat hy vir hom-/haarself stel.

Aard en administrasie

Die SWLS is 'n selfevalueringsvraelys. Respondente moet op 'n vyfitemskaal aandui in hoe 'n mate hulle saamstem met 'n genoemde aantal stellings. Vrae word met behulp van 'n sewe-punt Likert-skaal beantwoord. Die telling een is aanduidend van 'n sterk verskil, vier dui op neutraliteit en sewe is aanduidend van sterk instemming. Die administrasie van die vraelys is eenvoudig. Instruksies is maklik verstaanbaar en die vraelys kan in ongeveer een minuut voltooi word.

Nasien en interpretasie

Die totaal van die vyf response word gesommeer om die totaaltelling van die skaal te verkry. Die omvang van die skaal strek vanaf vyf (lae lewensbevreëdiging) tot 35 (hoë lewensbevredening).

Geldigheid en betroubaarheid

Diener *et al.* (1985) rapporteer 'n betroubaarheidsindeks (Cronbach alfa) van 0.87 en 'n toets-hertoetsbetroubaarheidsindeks van 0.82. Pavot en Diener (1993) rapporteer Cronbach alfa-indekse wat wissel tussen 0.80 en 0.89. Toets-hertoetsbetroubaarheidsindekse van 0.84 tot 0.45 vir een maand tot vier jaar intervale is ook gerapporteer (Pavot & Diener, 1993).

By 'n Suid-Afrikaanse groep is 'n betroubaarheidsindeks van 0.85 gevind (Wissing & Du Toit, 1994). Pavot en Diener (1993) en Diener *et al.* (1985) dui aan dat die SWLS oor goeie konstrugeldigheid beskik.

Motivering vir gebruik

Behalwe vir die kompaktheid van die skaal en die spoed waarmee dit afgeneem word, hou die SWLS verband met verskeie aspekte van psigologiese welsyn (Diener *et al.*, 1985; Pavot & Diener, 1993; Wissing & Du Toit, 1994). Die SWLS gee 'n goeie aanduiding van die respondent se subjektiewe belewenis van lewensbevredening en is 'n goeie aanvulling by die affektometer (AFM) (wat later bespreek sal word onder punt 2.3.3.3) ter evaluering van psigologiese welsyn. Die SWLS meet subjektiewe welsyn op 'n kognitiewe vlak, terwyl die AFM subjektiewe welsyn op 'n meer aktiewe vlak evalueer. Volgens Pavot en Diener (1993) is die SWLS ook bruikbaar vir verskillende kultuurgroepe.

2.3.4.3 Verkorte affektometer 2/ Affectometer 2 [AFM] (Kammann & Flett, 1983)

Rasionaal

Die AFM maak 'n opname van 'n individu se psigologiese welsyn of algemene geluk en

tevredenheid. Dit is gebaseer op die balans van positiewe en negatiewe emosies in onlangse ervaring en is ook aanduidend van 'n individu se lewenskwaliteit.

Aard en administrasie

Die affectometer 2 is 'n selfrapporteringsvraelys wat uit 20-items bestaan. 'n Proefpersoon moet op 'n vyfpunt Likert-skaal aandui hoe dikwels die genoemde stellings in die laaste paar weke op hom/haar van toepassing was. Die omvang van die skaal wissel van een ("glad nie") tot vyf ("altyd"). Die vraelys kan maklik afgeneem word op groepe of individue en neem ongeveer vyf minute om te voltooi.

Nasien en interpretasie

Daar is tien items in die AFM wat positiewe affek/ Positive Affect (PA) meet en tien items wat negatiewe affek/ Negative Affect (NA) meet. Met die nasien van die AFM word die totaaltellings vir die subskale positiewe affek (PA) en negatiewe affek (NA) bereken, sowel as die positief-negatiewe-affekbalansskaaltelling/ Positive-Negative-Affect-Balance (PA-NA=PNB) (Kammann & Flett, 1983). 'n Proefpersoon se oorheersende welsynsgevoel word dan uitgedruk deur vas te stel in watter mate positiewe gevoelens oorwegend meer is as negatiewe gevoelens.

Geldigheid en betroubaarheid

Goeie geldigheid en 'n hoë betroubaarheidsindeks met Cronbach alfa-indeks van 0.95 is deur Kammann en Flett (1983) gerapporteer. In 'n ondersoek op 'n Suid-Afrikaanse populasie, het Wissing en Van Eeden (1994) PA, NA en PNB se betroubaarheidsindekse (Cronbach alfa-indekse) onderskeidelik as 0.86, 0.90 en 0.92 gevind.

Motivering vir gebruik

Benewens die hoë vlakke van geldigheid en betroubaarheid, neem die AFM slegs vyf minute om te voltooi en kan dit relatief maklik geïnterpreteer word (Kammann & Flett, 1983). In Wissing en Van Eeden (1994) se navorsing het die AFM baie sterk gelaai op 'n algemene psigologiese

welsynsfaktor en daarom is die skaal in hierdie ondersoek ingesluit om psigologiese welsyn te operasionaliseer.

3. PROSEDURE

Vraelyste en antwoordvelle is in boekievorm saamgebind. Deelnemers in hierdie ondersoek bestaan uit lede van verskillende afdelings in die SAPD wat die ontlontings-opleidingsprogram deurloop het. Lede is vir die program aanbeveel op grond van hul algemene vermoë om met die eise van die polisie te cope, asook op grond van 'n gesonde sielkundige profiel, soos saamgestel uit die 16 PF, Tematiese appersepsietoets (TAT) en kliniese onderhoude. Vraelyste is verduidelik en in groepsverband voltooi. Die voltooiing van vraelyste het in een sessie geskied. Vraelyste is na voltooiing gekontroleer vir akkuraatheid en volledigheid. Response is gekodeerd ingesleutel en weer gekontroleer. Dit is nagesien met behulp van spesiaalontwerpte rekenaarprogramme waardeur totaaltellings vir die skale en subskale verkry is.

4. STATISTIESE VERWERKING VAN RESULTATE

Beskrywende statistiek (gemiddeldes, standaardafwykings) is vir alle skale en subskale bereken. Daar is geen Cronbach alfa-betroubaarheidsindekse vir skale en subskale bereken nie, aangesien die geldigheid en betroubaarheid van die toetse reeds statisties bewys is.

4.1 Die rekenkundige gemiddeld en standaardafwyking

Die rekenkundige gemiddeld van 'n toets word verkry deur die somtotaal van die betrokke subvelde deur die aantal persone in die steekproef te deel. Hierdie metode stel jou in staat om die tellings met ander steekproewe of groepe te vergelyk, aangesien daar telkens net na een waarde gekyk word. Die metode het egter ook sy tekortkominge, byvoorbeeld dat dit nie die wisselvalligheid van enkele uitermatige groot lesings kan verreken nie (Huysamen, 1983).

Die standaardafwyking gee 'n aanduiding van die mate waarin lesings vanaf die rekenkundige gemiddeld verskil. Hoe kleiner die numeriese verskille, hoe beter verteenwoordig die rekenkundige gemiddeld alle lesings van die spesifieke toets.

Bogenoemde tegnieke is in die ondersoek ingesluit om die volgende redes:

- indien geen betekenisvolheid deur parametriesse tegnieke vasgestel kan word nie, kan tendense in die psigometrie wel bepaal word; en
- die aantal voortoetsgegevens wat ingesamel is, leen hom daartoe om fyner ondersoek in te stel na die mate waarin die populasies op spesifieke veranderlikes (byvoorbeeld geslag) van mekaar verskil.

4.2 Parametriesse tegnieke

Indien statistiese data op die vlak van t-toetse ondersoek word, moet die aanname van normaliteit en homogeniteit aanvaar word. Normaliteit impliseer dat die populasie normaal versprei is en homogeniteit beteken dat die variansie (die standaardafwyking gekwadreer) homogeen is (Huysamen, 1983).

Indien t-toetse gebruik word, speel die P-waarde 'n belangrike rol. Die P-waarde is 'n numeriese waarde wat 'n aanduiding gee of die steekproefgemiddeldes statisties betekenisvol verskil en of die nulhipotese in 'n navorsingsvraag aanvaar of verwerp word. Soos wat die P-waarde kleiner word, word die waarskynlikheid dat alternatiewe hipoteses geldig is en die nulhipotese verwerp moet word, groter. As sulks word P-waardes op drie vlakke van betekenisvolheid onderskei, naamlik 0,05, 0,01 en 0,001. Laasgenoemde P-waarde (0,001) beskik dus oor die grootste mate van statistiese betekenisvolheid (Huysamen, 1983).

4.2.1 Gepaarde t-toets (t-toets vir afhanklike groepe)

Hierdie tegniek word gebruik in 'n voortoets-natoetsontwerp wat op klein steekproewe (gewoonlik $n < 30$) uitgevoer word. Die doel daarvan is om die verskille **binne** groepe ten opsigte van sekere skale en subskale aan te dui.

4.2.2 Student t-toets

Hierdie tegniek word gebruik indien:

- 'n voortoets-natoetsontwerp op meer as een kontrole/eksperimentele groep toegepas word. Sodoende kan vasgestel word of daar betekenisvolle verskille **tussen** die verskillende groepe plaasgevind het; en
- 'n ontwerp waar afhanklike groepe wat dieselfde psigometrie doen, geëvalueer word. Sodoende kan vasgestel word of daar betekenisvolle verskille **tussen** die groepe voorgekom het al dan nie.

4.2.3 Praktiese betekenisvolheid en effekgroottes

By die toetsings van hipoteses kan bevind word dat die steekproefgemiddeldes statisties betekenisvol verskil. Hierdie verskil is nie noodwendig groot of groot genoeg om belangrik te wees nie. So 'n belangrike verskil staan bekend as 'n prakties betekenisvolle verskil (Statistiese konsultasiediens, 1991).

In die algemeen word 'n maatstaf gebruik wat as die effekgrootte bekend staan en wat onafhanklik is van eenhede en steekproefgrootte. Die kriteria vir die effekgroottes tussen twee gemiddeldes word soos volg deur Cohen (1969) uiteengesit:

- Klein effek : $d = 0,2$
- Medium effek : $d = 0,5$
- Groot effek : $d = 0,8$

Vir die doel van hierdie ondersoek word 'n klein en medium effek as prakties betekenisvol aanvaar.

Statistiese verwerkings is met behulp van die PU vir CHO se Statistiese Konsultasiediens gedoen.

5. HIPOTESESTELLINGS

Vir die doel van wetenskaplike navorsing, word 'n navorsingsvraag ontwerp waaraan verskillende hipoteses getoets word. 'n Nulhipotese beteken dat daar geen verskil tussen die verskillende groepe ten opsigte van die navorsingsvraag is nie. Alternatiewe hipoteses kan alleenlik aanvaar word as daar nie genoeg gronde is om die nulhipoteses te aanvaar nie. Vir die doeleindes van hierdie studie is die volgende nul- en alternatiewe hipoteses gestel:

- **Hipotesestelling ten opsigte van simptome van stres**

Nulhipotese: die krisisonlontings-opleidingsprogram versoorak nie 'n betekenisvolle vermindering ten opsigte van die toekomstige krisiswerker se mate van stres nie.

Alternatiewe hipotese: die krisisonlontings-opleidingsprogram veroorsaak wel 'n betekenisvolle vermindering ten opsigte van die toekomstige krisiswerker se mate van stres.

- **Hipotesestelling ten opsigte van konstruktiewe copingvaardighede**

Nulhipotese: die krisisonlontings-opleidingsprogram veroorsaak nie 'n betekenisvolle verhoging in die toekomstige krisiswerker se konstruktiewe copingvaardighede nie.

Alternatiewe hipotese: Die krisisonlontings-opleidingsprogram veroorsaak wel 'n betekenisvolle verhoging in die toekomstige krisiswerker se konstruktiewe copingvaardighede.

- **Hipotesestelling ten opsigte van mate van psigologiese welsyn**

Nulhipotese: Die krisisonlontings-opleidingsprogram veroorsaak nie 'n betekenisvolle verhoging in die toekomstige krisisweker se mate van psigologiese welsyn nie.

Alternatiewe hipotese: die krisisonlontings-opleidingsprogram veroorsaak wel 'n betekenisvolle verhoging in die toekomstige krisiswerker se mate van psigologiese welsyn.

6. SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die aard van die empiriese ondersoek uiteengesit met verwysing na die ontwerp, ondersoekgroep, meetinstrumente, prosedure en wyse van statistiese ontleding van die gegewens. Die resultate word in hoofstuk 4 weergegee en geïnterpreteer.

HOOFSTUK 4

RESULTATE EN INTERPRETASIE

1. INLEIDING

In hierdie hoofstuk word die resultate wat deur die empiriese ondersoek verkry is, weergegee en dit word soos volg aangebied en geïnterpreteer:

- biografiese inligting;
- voortoetstellings ten opsigte van die skale wat mate van trauma en stres, tipes copingmeganismes en mate van psigologiese welsyn meet (hiermee sal die vergelykbaarheid van die twee eksperimentele groepe, sowel as die totale- en kontrolegroep nagegaan word. Enkele binnegroepverskille sal ook aangedui word); en
- die vergelyking van die gemiddelde verskille na die natoetstellings ten opsigte van die skale wat mate van trauma en stres, tipes copingmeganismes en mate van psigologiese welsyn meet (hiermee sal tussengroepverskille aangedui word).

Die resultate word weergegee deur middel van die rekenkundige gemiddeld (gem), standaardafwyking (sa), P-waardes (P) en effekgroottes (d) wat in hoofstuk 3 bespreek is. Vir die doel van hierdie studie sal 'n betekenispeil van $P = 0,05$, $0,01$ en $0,001$ as statisties beduidend beskou word. Die effekgroottes (d-waardes) word vermeld om praktiese betekenisvolheid aan te toon. Geen Cronbach alfa-betroubaarheidsindekse is vir die skale en subskale bereken nie, aangesien die geldigheid en betroubaarheid van die toetse reeds statisties bewys is.

2. BIOGRAFIESE INLIGTING

2.1 Geslag en ras

Die frekwensie, persentasie, kumulatiewe frekwensie en kumulatiewe persentasie respondente ten opsigte van geslag en ras van die eksperimentele groepe, sowel as die kontrolegroep word in tabel 4 weergegee.

TABEL 4: Geslag en ras van respondente.

	Frekwensie	Persentasie	Kumulatiewe frekwensie	Kumulatiewe persentasie
EKSPERIMENTELE GROEP 1: NOORDWES				
Geslag				
manlik	17	70,8	17	70,8
vroulik	7	29,2	24	100,0
Ras				
wit	16	66,7	16	66,7
swart	8	33,3	24	100,0
Subtotaal	24			
EKSPERIMENTELE GROEP 2: WES-KAAP				
Geslag				
manlik	10	52,6	10	52,6
vroulik	9	47,4	19	100,0
Ras				
wit	12	63,2	12	63,2
swart	1	5,3	13	68,4
Kleurling	6	31,6	19	100,0
Subtotaal	19			
KONTROLEGROEP				
Geslag				
manlik	15	60,0	15	60,0
vroulik	10	40,00	25	100,0
Ras				
wit	16	64,0	16	64,0
swart	9	36,0	25	100,0
Subtotaal	25			

Uit **tabel 4** blyk dit dat die eksperimentele groepe onderskeidelik bestaan het uit 'n groep van 19 persone uit die Wes-Kaap en 24 lede uit Noordwes. Die totale groep het dus uit 43 persone bestaan wat die krisisonlontings-opleidingsprogram deurloop het. In **eksperimentele groep 1** (Noordwes) het 17 mans en 7 vroue aan die ondersoek deelgeneem. Gevolglik was 70,8 % van hierdie groep mans en 29,2 % vroue. In **eksperimentele groep 2** (Wes-Kaap) het 10 mans en 9 vroue aan die ondersoek deelgeneem. Dit beteken dat 52,6 % van hierdie ondersoekgroep mans en 47,4 % vroue was.

In **eksperimentele groep 1** (Noordwes) is 16 wit persone en 8 swart persone getoets. 66,7 % van hierdie groep was dus wit en 33,3 % is swart. In **eksperimentele groep 2** is 12 wit persone, 2 swartes en 6 Kleurlinge getoets. 63,2 % van die groep was dus wit, 5,3 % swart en 31,6 % was Kleurlinge

Uit **tabel 4** blyk dit dat die **kontrolegroep** uit 25 persone bestaan wat nie die krisisonlontingsprogram deurloop het nie. In die kontrolegroep het 15 mans en 10 vroue aan die ondersoek deelgeneem. Gevolglik was 60 % van die groep mans en 40 % vroue. 16 wit en 9 swart persone is getoets, met ander woorde 64 % van die kontrolegroep was wit en 36 % swart.

Uit bogenoemde resultate is dit duidelik dat beide die eksperimentele groepe sowel as die kontrolegroep uit oorwegend blanke mans bestaan het.

2.2 Ouderdomme

In tabel 5 sal die aantal en persentasie van respondente in die eksperimentele, sowel as die kontrolegroep in sekere ouderdomskategorieë weergegee word.

TABEL 5: Ouderdomme van respondente

GROEP	OUDERDOM	AANTAL	PERSENTASIE
Groep 1 (Noordwes)			
	21-25j.	4	16,6
	26-30j.	7	29,2
	31-35j.	5	20,8
	36-40j.	5	20,8
	41-45j.	3	12,5
Groep 2 (Wes-Kaap)			
	21-25j.	1	5,3
	26-30j.	8	42,1
	31-35j.	5	26,3
	36-40j.	4	21,0
	41-45j.	1	5,3
Kontrolegroep			
	21-25j.	8	32,0
	26-30j.	11	44,0
	31-35j.	3	12,0
	36-40j.	1	4,0
	41-45j.	2	8,0

Uit **tabel 5** blyk dit dat die ouderdomme van al die groepe gewissel het van 18 tot 45 jaar. In beide **eksperimentele groep 1 (Noordwes)** en **eksperimentele groep 2 (Wes-Kaap)**, sowel as die **kontrolegroep** was die grootste frekwensie proefpersone in die oudersomskategorie 26-30 jaar.

Vervolgens sal die voorttoetstellings ten opsigte van skale wat mate van trauma en stres, tipes copingstrategieë en mate van psigologiese welsyn meet, aangedui word. Hiermee sal die vergelykbaarheid van die groepe nagegaan word en sekere binnegroepverskille sal aangedui word.

3. HIPOTESE 1

- **Nulhipotese:** die krisisonlontings-opleidingsprogram veroorsaak nie 'n Betekenisvolle vermindering ten opsigte van die toekomstige krisiswerker se mate van stres nie.
- **Alternatiewe hipotese:** die krisisonlontingsprogram veroorsaak wel 'n Betekenisvolle vermindering ten opsigte van die toekomstige krisiswerker se mate van stres.

3.1 Voortoeftellings ten opsigte van skale wat trauma en stres meet.

Beskrywende statistiek (gemiddeldes, standaardafwykings en P-waardes) van beide die eksperimentele groepe vir die Traumakonstellasie-identifikasieskaal (TCIS) en die Waargenome stresskaal (PSS) word in tabel 6 weergegee. Beskrywende statistiek van die totale- en kontrolegroep ten opsigte van dieselfde skale word in tabel 7 weergegee.

**TABEL 6: Beskrywende statistiek vir die voortoetstelings van die TCIS en PSS
soos verkry by eksperimentele groep 1 en 2.**

SKALE EN SUBSKALE	GROEP 1		GROEP 2		P
	gem	sa	gem	sa	
TCIS					
Vyandige wêreld (MAW)	3,75	2,54	3,10	1,73	0,26
Betekenislose wêreld (MEW)	4,87	2,89	3,74	2,07	0,11
Vertroue (TR)	5,48	3,49	4,21	3,26	0,04*
Selfwaarde (SW)	3,00	1,32	3,52	2,31	0,46
Aliënasie (AL)	5,25	2,94	4,89	3,66	0,04*
Selfblaam (SB)	5,42	3,17	4,84	2,91	0,30
Afwesigheid van wederkerigheid in verhoudings (RE)	7,08	3,20	5,89	3,54	0,25
Isolasie (IS)	5,08	3,05	3,78	2,37	0,08
Gebrek aan aanvaarding van gevoelens (LE)	4,56	2,45	4,47	2,37	0,24
Hulpeloosheid (HE)	4,20	2,41	3,78	2,46	0,28
Woede (RA)	4,75	2,90	3,73	2,40	0,72
Vrees (FE)	3,37	1,84	3,52	1,61	0,26
Vernedering (SH)	4,75	2,85	4,26	3,34	0,58
Oorweldigende emosies (OE)	6,71	2,9	5,21	3,34	0,02*
PSS	35,3	8,59	35,26	8,77	0,06

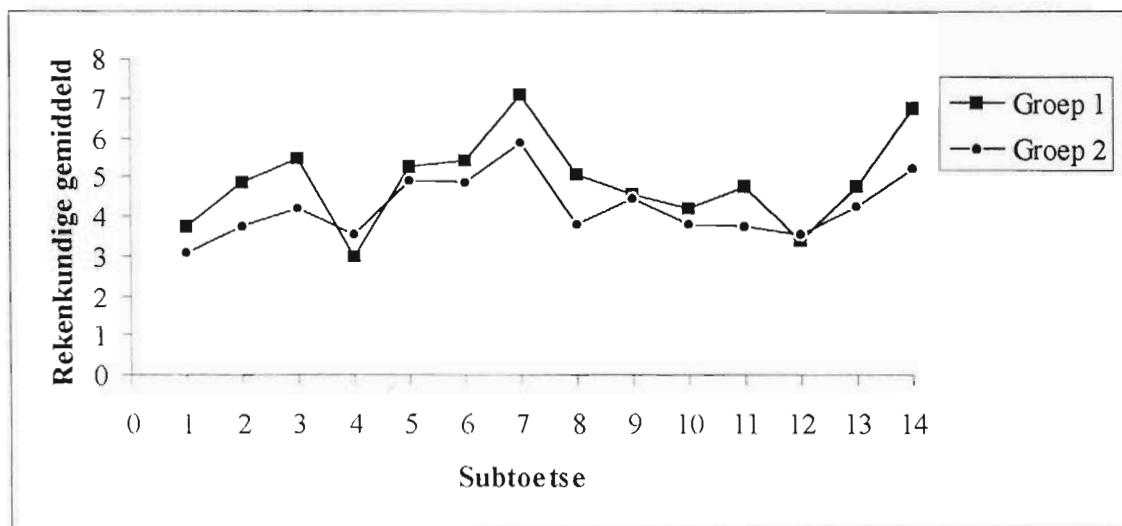
*** Beduidend op die 0,05 - peil**

TCIS = Trauma Constellation Identification Scale

PSS = Perceived Stress Scale

Vervolgens sal 'n grafiese voorstelling van eksperimentele groep 1 en 2 se gemiddelde voortoetstellings ten opsigte van die TCIS in grafiek 1 weergegee word.

GRAFIEK 1: GEMIDDELTE VOORTOETSTELLINGS VAN EKSPERIMENTELE GROEP 1 EN 2 TEN OPSIGTE VAN DIE TCIS



Subtoets 1	=	Vyandige wêreld (MAW)	Subtoets 8	=	Isolasie (IS)
Subtoets 2	=	Bctekenislose wêreld (MEW)	Subtoets 9	=	Gebrek aan aanvaarding van gevoelens (LE)
Subtoets 3	=	Vertroue (TR)	Subtoets 10	=	Hulpeloosheid (HE)
Subtoets 4	=	Selfwaarde (SW)	Subtoets 11	=	Woede (RA)
Subtoets 4	=	Aliënasië (AL)	Subtoets 12	=	Vrees (FE)
Subtoets 6	=	Selfblaam (SB)	Subtoets 13	=	Vernedering (SH)
Subtoets 7	=	Afvesigheid van wederkerigheid in verhoudings (LE)	Subtoets 14	=	Oorweldigende emosies (OE)

Alhoewel die rekenkundige gemiddeld waarop bognoemde grafiek gebaseer is nie die wisselvalligheid van enkele uitermatige groot lesings kan verreken nie, bly dit 'n handige metode waarmee verskillende groepe met mekaar vergelyk kan word om algemene tendense vas te stel.

Volgens **grafiek 1** blyk dit dat eksperimentele **groep 1 en 2** dieselfde tendense toon, behalwe vir enkele verskille wat vervolgens bespreek sal word.

Groep 1 (Noordwes) het oor die algemeen hoër tellings as **groep 2 (Wes-Kaap)** ten opsigte van die subskale getoon, behalwe vir (4) selfwaarde (SW) en (12) vrees (FE). Die subskaal selfwaarde (SW) meet die mate waarin 'n persoon homself en sy opinies waardig ag. Dit impliseer dat diegene in **groep 1** hulself minder ag as persone in **groep 2**. Dit kan waarskynlik toegeskryf word aan die feit dat polisiepersoneel in 'n landelike omgewing (byvoorbeeld Noordwes) moeiliker aanpas by die transformasieproses wat tans in die SAPD plaasvind, as personeel in 'n metropolitaanse omgewing (Wes-Kaap). Hul voel moontlik oorweldig deur die snelle veranderinge en nuwe strukture, in só 'n mate dat hul voel dat hul nie meer 'n sê het nie en nie meer 'n waardige bydrae kan lewer nie. Volgens Nel (1998) is dit inderdaad moeilik vir die polisiebeampte om by die snelle politieke en sosiale veranderinge aan te pas en gevolglik word laasgenoemde faktore geïdentifiseer as belangrike stressore in die SAPD. Die subskaal vrees (FE) meet 'n algemene gevoel van angs en vrees, wat impliseer dat **groep 1** meer vreesagtige gevoelens as diegene in **groep 2** ervaar. Laasgenoemde is interressant as in ag geneem word dat geweld- en misdadisyfers heelwat hoër in die Wes-Kaap is, wat sou kon verklaar waarom **groep 2**, en nie **groep 1** nie, geweldige angs ervaar. Aangesien die subskaal nie spesifieke stressore identifiseer nie, kan gehipotetiseer word dat **groep 1** se gevoel van vrees toegeskryf kan word aan die snelle politieke veranderinge in die SAPD. Soos reeds genoem, is die aanpassing waarskynlik moeiliker vir polisielede in 'n landelike omgewing. Nel (1998) bevestig dat die transformasieproses 'n gevoel van angs en vrees veroorsaak. Volgens **grafiek 1** blyk dit dat **groep 1 en 2** byna soortgelyke tellings ten opsigte van die skaal (9) gebrek aan aanvaarding van gevoelens (LE) behaal het. Hierdie skaal meet die mate waarop 'n persoon sy eie gevoelens aanvaar en daarop reageer. Dit impliseer dat polisiebeamptes in beide groepe redelik onverdraagsaam teenoor hul eie gevoelens is. Volgens Brown en Campbell (1994) dra die SAPD se "macho"-kultuur by tot 'n beperkte uitdrukking van gevoelens. Uit **grafiek 1** blyk daar 'n groot verskil tussen die twee eksperimentele groepe se tellings ten opsigte van (14)

oorweldigende emosies (OE) te wees. Laasgenoemde verskil sal later meer breedvoering bespreek word.

Die rekenkundige gemiddeld van die **PSS** is uit 'n praktiese oorweging nie op **grafiek 1** aangedui nie, omdat dit uit 'n enkele waarde bestaan wat heelwat hoër is as die van die ander subskale. Volgens **tabel 6** blyk dit dat die twee eksperimentele groepe soortgelyke tellings ten opsigte van hierdie toets behaal het. Die **PSS** meet die mate waarop 'n persoon sy omstandighede as stresvol waarneem. Dit impliseer dat polisiepersoneel in beide die eksperimentele groepe 'n hoë mate van stres ervaar. Laasgenoemde stem ooreen met Nel en De Lange (1993) en Ferreira (1993) wat glo dat om lid van die SAPD te wees, in die hoogste stresvlak kwalifikasie geplaas kan word.

Uit die gegewens van die **TCIS** in **tabel 6** blyk dit dat daar 'n **statisties** betekenisvolle verskil (op die 0,05-peil) tussen die twee **eksperimentele groepe** se tellings ten opsigte van vertroue (TR), aliënasië (AL) en oorweldigende emosies (OE) voorgekom het. Hierdie subskale meet onder andere 'n persoon se vertroue in homself en sy omgewing (TR), sy gevoel van isolasie en vervreemding (AL) en die mate waarin 'n persoon deur sy emosies oorweldig word (OE). Dit blyk dus asof diegene in **groep 1** meer vertroue in hulself het as diegene in **groep 2**. Dit gegewens stem egter nie ooreen met die lae gevoel van selfwaarde (SW) wat **groep 1** getoon het nie. Dit kan egter wees dat **groep 1** tans negatief voel, maar dat hulle tog die vertroue het dat dinge weldra beter sal word – iets wat **groep 2** waarskynlik nie het nie. **Groep 1** toon verder 'n hoër mate van aliënasië (AL) as diegene in **groep 2**. Dit kan wees dat die transformasieproses 'n gevoel van vervreemding vir persone in Noordwes veroorsaak. Aangesien hierdie ondersoeksgroep uit oorwegend blanke mans bestaan, kan dit 'n aanduiding wees van die bedreiging wat blankes tans ervaar, veral ten opsigte van die wyse waarop regstellende aksie moontlik toegepas word. Die feit dat **groep 1** vanuit 'n landelike omgewing afkomstig is, kan bydra tot gevoelens van aliënasië en afsondering. **Groep 2** het verder 'n baie hoër telling as **groep 1** ten opsigte van oorweldigende emosies (OE) getoon. Laasgenoemde kan moontlik verklaar word deur die feit dat polisiebeamptes in die Wes-Kaap ten tyde van die toetsing geweldig probleme met bendebedrywighede (PAGAD) en bomontploffings

ervaar het. Hierdie akute toetstand kon dus daartoe aanleiding gegee het dat die proefpersone emosioneel oorweldig gevoel het

Om die **effek** van bogenoemde verskille op die toetsings te bepaal, is die **praktiese** beduidendheid daarvan bereken. Hierdie berekeninge het 'n d-waardes van 0,36 vir vertrouwe (TR); 0,09 vir aliënasië (AL) en 2,45 vir oorweldigende emosies (OE) getoon. Volgens Cohen (1969) se kriteria impliseer TR en se d-waarde 'n klein effek en OE se d-waarde 'n groot effek. Dit beteken dat die verskil ten opsigte van die twee groepe se gevoel van vertrouwe in 'n mindere mate betekenisvol is, en dat die groot verskil ten opsigte van 'n gevoel van emosionele oorweldiging baie betekenisvol is. Aangesien AL se d-waarde $< 0,2$ is, voldoen dit nie aan die kriteria van betekenisvolheid nie.

Volgens **tabel 6** het daar nie 'n statisties betekenisvolle verskil ten opsigte van die **PSS** voorgekom nie.

Vervolgens sal beskrywende statistiek vir voorttoetstellings van die totale- en kontrolegroep ten opsigte van dieselfde skale in tabel 7 weergegee word.

TABEL 7: Beskrywende statistiek vir die voortoetstellings van die TCIS en PSS soos verkry by die totale groep en kontrolegroep

SKALE EN SUBSKALE	TOTALE GROEP		KONTROLEGROEP		P
	gem	sa	gem	sa	
TCIS					
Vyandige wêreld (MAW)	3,46	2,21	4,96	3,19	0,04*
Betekenislose wêreld (MEW)	4,37	2,60	5,60	3,40	0,12
Vertroue (TR)	4,90	3,40	6,16	3,17	0,13
Selfwaarde (SW)	3,23	1,82	5,36	3,48	0,001•
Aliënasië (AL)	5,09	3,24	6,48	3,78	0,13
Selfblaam (SB)	5,16	3,03	6,60	3,64	0,10
Afwesigheid van wederkerigheid in verhoudings (RE)	6,55	3,36	7,28	3,27	0,38
Isolasie (IS)	4,51	2,81	5,64	3,25	0,15
Gebrek aan aanvaarding van gevoelens (LE)	4,52	2,54	5,36	2,65	0,21
Hulpeloosheid (HE)	4,02	2,41	5,40	3,16	0,06
Woede (RA)	4,30	2,71	6,16	3,13	0,01□
Vrees (FE)	3,44	1,72	6,00	3,50	0,001•
Vernedering (SH)	4,53	3,04	5,84	3,62	0,13
Oorweldigende emosies (OE)	6,04	3,16	6,96	3,57	0,29
PSS	35,30	6,56	41,04	8,30	0,001•

* Beduidend op die 0,05-peil

□ Beduidend op die 0,01-peil

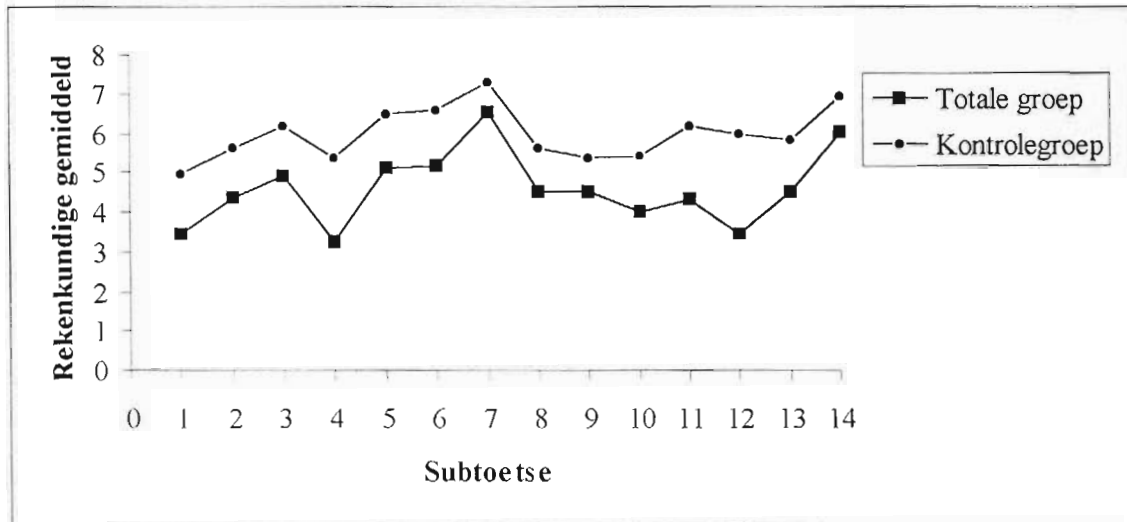
• Beduidend op die 0,001-peil

TCIS = Trauma Constellation Identification Scale

PSS = Perceived Stress Scale

Vervolgens sal 'n grafiese voorstelling van die totale groep en kontrolegroep se gemiddelde voortoetstellings ten opsigte van die TCIS in grafiek 2 weergegee word.

GRAFIEK 2: GEMIDDELDE VOORTOETSTELLINGS VAN DIE TOTALE GROEP EN KONTROLEGROEP TEN OPSIGTE VAN DIE TCIS



Subtoets 1	=	Vyandige wêreld (MAW)	Subtoets 8	=	Isolasie (IS)
Subtoets 2	=	Betekenislose wêreld (MEW)	Subtoets 9	=	Gebrek aan aanvaarding van gevoelens (LE)
Subtoets 3	=	Vertroue (TR)	Subtoets 10	=	Hulpeloosheid (HE)
Subtoets 4	=	Selfvaarde (SW)	Subtoets 11	=	Woede (RA)
Subtoets 5	=	Aliënasië (AL)	Subtoets 12	=	Vrees (FE)
Subtoets 6	=	Selfblaam (SB)	Subtoets 13	=	Vernedering (SH)
Subtoets 7	=	Afwesigheid van wederkerigheid in verhoudings (LE)	Subtoets 14	=	Oorweldigende emosies (OE)

Soos reeds genoem, kan die rekenkundige gemiddeldes waarop bogenoemde grafiek gebaseer is nie die wissevalligheid van enkele uitermatige groot lesings verreken nie. Tog is dit 'n handige tegniek waardeur tendense in verskillende groepe met mekaar vergelyk kan word.

Volgens **grafiek 2** blyk dit dat die **totale groep** en **kontrolegroep** 'n soortgelyke profiel handhaaf. Die **kontrolegroep** het deurlopend hoër tellings as die **totale groep** getoon. Beide groepe het egter baie hoër tellings ten opsigte van (7) afwesigheid van wederkerigheid in verhoudings (RE) en oorweldigende emosies (OE) getoon. Hierdie skale meet onderskeidelik die mate waarin 'n persoon voel dat hy net soveel uit verhoudings ontvang as wat hy self daarin sit (RE) en die mate waarin 'n persoon emosioneel oorweldig voel (OE). Polisiepersoneel in beide groepe, in 'n meerdere mate diegene in die **kontrolegroep**, voel dus dat verhoudings nie belangrike behoeftes bevredig nie en voel soms emosioneel oorweldig. In die literatuur word bevestig dat die stresvolle omgewing waarmee die polisiebeampte daagliks te doen kry, die individu en sy verhoudings affekteer (Van Rooyen, 1987). Volgens Cacoppe en Mock (1985) ervaar die polisiebeampte verhoudingsprobleme as gevolg van verskeie faktore, byvoorbeeld die oormatige werkslading en ongereelde ure wat 'n gesonde gesinsontwikkeling beperk. Frustrasie word gerig op die gesin en vriende wat kan lei tot huweliksonmin en 'n verlies aan vriende wat nie in die polisiemag is nie. Laasgenoemde verklaar die hoër mate van (5) aliënasië (AL) en (8) isolasie (IS) wat beide groepe ervaar. Die emosionele oorweldiging wat polisiepersoneel in hierdie ondersoek ervaar, kan waarskynlik toegeskryf word aan bogenoemde probleme wat by die werk en die huis ervaar word. Soos reeds genoem, bestaan die ondersoeksgroepe uit oorwegend blanke mans, en kan die angste wat hul omtrent die politieke transformasieproses ervaar (ten opsigte van byvoorbeeld salarisse en bevordering), bydra tot die hoër mate van emosionele oorweldiging.

Volgens **grafiek 2** lê die grootste verskil tussen die **totale groep** en **kontrolegroep** op die vlak van (4) selfwaarde (SW) en (12) vrees (FE). Die genoemde subskale en die implikasie van die verskille sal later meer breedvoerig bespreek word.

Tellings ten opsigte van die **PSS** is om praktiese redes nie op die grafiek aangedui nie, omdat dit uit 'n enkele waarde bestaan wat baie hoër is as die tellings van die ander subskale. Volgens die rekenkundige gemiddeld van hierdie toets blyk dit dat die

kontrolegroep se telling hoër is as dié van die **totale groep**. Die implikasie hiervan word later meer breedvoerig bespreek.

Volgens gegewens van die TCIS in **tabel 7** blyk dit dat daar **statisties** betekenisvolle verskille voorgekom het tussen die **totale groep** en die **kontrolegroep** se tellings ten opsigte van vyandige wêreld (MAW op die 0,05-peil), selfwaarde en vrees (SW en FE op die 0,001-peil), en woede (RA op die 0,01-peil). Hierdie skale meet onderskeidelik die mate waarin 'n persoon sy omgewing as vyandig sien (MAW), die mate wat 'n persoon homself en sy opinie waardig ag (SW), en die mate van woede (RA) en vrees (FE) wat 'n persoon oor die algemeen ervaar. Dit impliseer onder andere dat die **kontrolegroep** heelwat meer vyandige gevoelens (MAW) en woede (RA) as diegene in die **totale groep** ervaar. Dit kan waarskynlik toegeskryf word aan die N-masse proses wat tans in die polisie plaasvind. Volgens hierdie proses is die elf verskillende polisieagentskappe besig om te integreer tot een sentrale polisie diens. Vir funksionele polisie lede (**totale groep**) is die proses reeds voltooi, maar polisiepersoneel wat administratiewe werk verrig (waaruit die **kontrolegroep** bestaan) staan die kans om terug verplaas te word na stasies waar hul weer funksionele diens sal moet doen of andersins in 'n administratiewe poste aangewend sal word wat deur die staat, en nie die SAPD nie, beheer sal word. Onsekerheid oor die toekoms kan dus aanleiding gee tot gevoelens van woede en vyandigheid teenoor die sisteem en oor die algemeen. Die feit dat van die personeel lank reeds bevorder moes geword het en verplasings wat tydelik gevries het, kan ook gevoelens van vyandigheid en woede veroorsaak.

Soos reeds genoem, meet SW en FE onderskeidelik die mate wat 'n persoon homself en sy opinies waardig ag (SW) en 'n algemene gevoel van angs en vrees (FE). Dit impliseer dat diegene in die **kontrolegroep** hulself heelwat minder ag as diegene in die **totale groep**. Aangesien persone in die **kontrolegroep** kantoorgebonde is en hoofsaaklik administratiewe werk verrig, kan hul voel dat hul 'n mindere bydrae lewer in vergelyking met lede in die **totale groep** wat operasionele diens verrig. 'n Moontlike gebrek aan spesiale- en universiteitskwalifikasies kan ook bydra tot 'n laer mate van selfwaarde as diegene in die **totale groep**, wat hoofsaaklik universiteit gegradueerdes is. Aangesien die

kontrolegroep moontlik minder kwalifikasies as die **totale groep** het, het hul waarskynlik ook 'n laer rang en status in die polisie. Laasgenoemde kan ook aanleiding gee tot 'n gevoel van minderwaardigheid. As in ag geneem word dat van die lede in die **totale groep** operasionele diens verrig en dus meer blootgestel word aan geweld en kritiese insidente, is dit interressant om te sien dat die **kontrolegroep**, wat hoofsaaklik kantoorgebonde is, geneig is om meer ang en vrees te ervaar. Soos reeds genoem in hoofstuk 3, is die **totale groep** vir die krisisonthoofing-opleidingsprogram geselekteer op grond van hul vermoë om met stres en krisissituasies te kan cope. Daar kan dus gehipotetiseer word dat diegene in die **kontrolegroep** geneig is om meer ang en vrees te ervaar, nie as gevolg van sekere stressore nie, maar as gevolg van 'n gebrek aan die nodige konstruktiewe copingvaardighede. Dit kan verder daarop dui dat die selekteringsproses van die totale groep op hierdie terrein suksesvol was.

Volgens **tabel 7** blyk dit dat daar wel 'n **statisties** betekenisvolle verskil op die 0,001-peil tussen die **totale groep** en **kontrolegroep** se tellings ten opsigte van die **PSS** voorgekom het. Hierdie skaal meet die mate waarin 'n persoon sy omstandighede as stresvol waarneem. Dit impliseer dat die **kontrolegroep** heelwat meer ang omtrent hul omstandighede ervaar as diegene in die **totale groep**. Dit kan waarskynlik ook toegeskryf word aan die onvoltooide N-masseproses waaraan polisiepersoneel wat administratiewe werk doen (**kontrolegroep**) onderwerp word wat onsekerhede in terme van werk, salarisse en bevordering veroorsaak. Volgens Cacioppe en Mock (1985) is vertraagde besluitneming (oor byvoorbeeld bevordering) en 'n weerstand teen veranderinge belangrike stressore in die polisie. Daarby kan ook gehipotetiseer word dat persone in die **kontrolegroep** meer stres ervaar as gevolg van 'n gebrek aan konstruktiewe copingvaardighede.

Om die **effek** van bogenoemde verskille op die toetsings te bepaal, is d-waardes vir die onderskeie skale bereken. Hierdie berekeninge het d-waardes van 0,47 vir **MAW**, 0,61 vir **SW**, 0,59 vir **RA**, 0,73 vir **FE** en 0,69 vir **PSS** getoon. Volgens Cohen (1969) se kriteria impliseer die d-waarde van **MAW** 'n klein effek en die ander d-waardes 'n medium effek. Dit beteken dat die verskil tussen die **totale groep** en **kontrolegroep** se

gevoelens van vyandigheid in 'n mindere mate betekenisvol was, en verskille ten opsigte van selfwaarde, woede, vrees en waargenome stres redelik betekenisvol.

Beide die **totale groep** en **kontrolegroep** se individuele itemgemiddeldes (**TG** = 3,23 tot 6,55 en **KG** = 4,96 tot 7,28) is heelwat hoër as die gemiddeldes wat deur Dansky *et al.* (1989) gerapporteer is (1,69 tot 4,38). Dit impliseer dat die polisiebeamptes in beide die groepe heelwat meer simptome van trauma en stres ervaar as die studente wat deur Dansky *et al.* (1989) getoets is. Aangesien die **kontrolegroep** se gemiddelde tellings ten opsigte van die **TCIS** hoër is as die van die **totale groep**, kan aanvaar word dat diegene in die **kontrolegroep** 'n hoër mate van stres en trauma ervaar. Laasgenoemde kan waarskynlik toegeskryf word aan stressore wat reeds bespreek is, asook aan 'n gebrek aan die nodige konstruktiewe copingvaardighede.

Uit **tabel 7** blyk dit dat beide die **totale groep** en **kontrolegroep** hoë gemiddelde tellings ten opsigte van die **PSS** behaal het (**TG** = 35,30 en **KG** = 41,04.). Dit impliseer dat persone in beide groepe hul omstandighede as stresvol waarneem en voel dat hul nie altyd oor die nodige copingmeganismes beskik om dit te kan hanteer nie. Die gemiddelde tellings in hierdie ondersoek is heelwat hoër as die wat gevind is in 'n studie deur Cohen *et al.* (1983), naamlik 23,18 tot 23,67. Dit impliseer weereens dat die respondente in beide die groepe meer stres ervaar as diegene wat deur Cohen *et al.* (1983) getoets is. Aangesien die gemiddelde tellings van die **kontrolegroep** hier ook hoër is as die tellings wat deur die **totale groep** gerapporteer is, bevestig dit dat diegene in die **kontrolegroep** 'n hoër mate van stres ervaar.

Uit die voortoetstellings ten opsigte van die **TCIS** en **PSS** is dit duidelik dat die polisiebeamptes wat aan die ondersoek deelgeneem het, 'n hoë mate van trauma en stres ervaar, asook 'n gevoel dat hul nie altyd in staat is om hul omstandighede te hanteer nie. Uit bogenoemde gegewens blyk dit ook dat persone in die **kontrolegroep** 'n hoër mate van stres en trauma ervaar.

Gemiddelde verskille wat na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram plaasgevind het, sal vervolgens bespreek word.

3.2 Gemiddelde verskille na die natoetsing ten opsigte van skale wat trauma en stres meet

Beskrywende statistiek (gemiddelde verskille, standaardafwykings, P- en d-waardes) van beide die eksperimentele groep 1 en 2 vir die traumakonstellasie-identifikasieskaal (TCIS) en die Waargenome stresskaal (PSS) word in tabel 8 weergegee. Beskrywende statistiek vir die totale groep en kontrolegroep ten opsigte van dieselfde skale word in tabel 9 weergegee.

TABEL 8: Gemiddelde verskille van eksperimentele groep 1 en 2 ten opsigte van die TCIS en PSS

SKALE EN SUB- SKALE	GROEP 1			GROEP 2		
	verskil	sa	P	verskil	sa	P
TCIS						
Vyandige wêreld (MAW) -	0,41	2,50	0,21	-0,42	2,38	0,22
Betekenislose wêreld (MEW)	-0,33	2,59	0,26	-0,78	1,47	0,03*
Vertroue (TR)	-0,60	2,51	0,12	1,42	3,48	0,04*
Selfwaarde(SW)	0,16	1,92	0,33	0,78	2,59	0,10
Aliënasië (AL)	-1,04	3,26	0,06	-1,05	3,35	0,09
Selfblaam (SB)	-0,54	2,96	0,37	-0,15	3,00	0,35
Woede (RE)	-0,25	4,27	0,38	-1,21	3,25	0,06
Isolasie (IS)	-0,75	2,99	0,12	-0,52	1,57	0,08
Gebrek aan aanvaarding van gevoelens (LE)	-0,04	2,20	0,46	-0,84	2,19	0,05*
Hulpeloosheid (HE)	-0,33	3,15	0,30	-0,63	2,31	0,12
Woede (RA)	-0,58	2,48	0,13	-0,15	2,19	0,37
Vrees (FE)	0,25	2,09	0,28	0,52	2,29	0,16
Vernedering (SH)	-0,16	3,10	0,39	-0,36	3,05	0,30
Oorweldigende emosies(OE)	-1,62	3,20	0,02*	-0,68	3,14	0,19
PSS	-1,58	5,40	0,08	-2,36	8,31	0,11

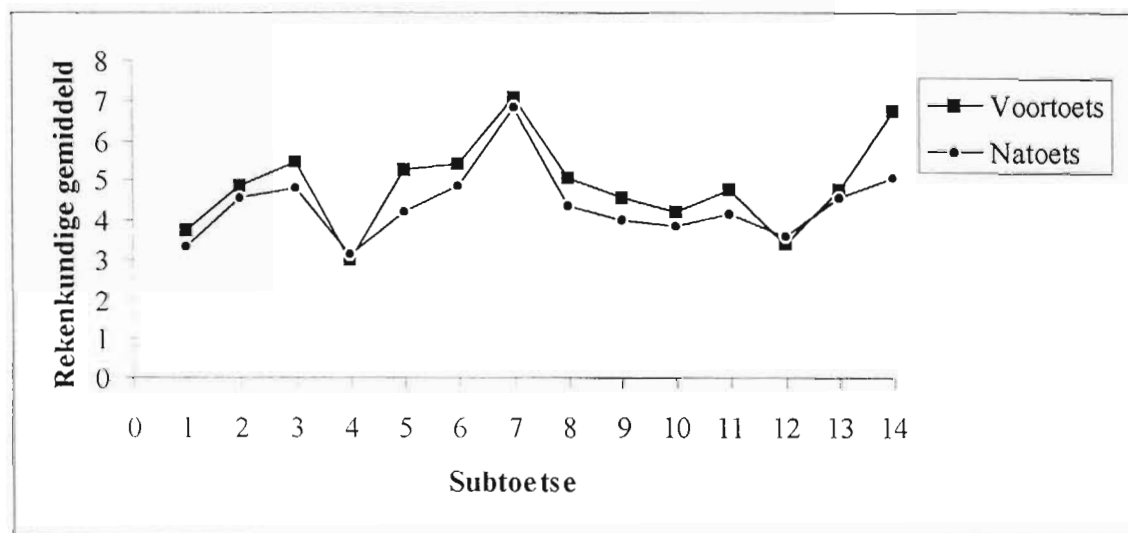
* Beduidend op die 0,05-peil

TCIS = Trauma Constellation Identification Scale

PSS = Perceived Stress Scale

Vervolgens sal 'n grafiese voorstelling van eksperimentele groep 1 se voortoets-natoetstellings ten opsigte van die TCIS weergegee word.

GRAFIEK 3: VOOR-NATOETSTELLINGS VAN EKSPERIMENTELE GROEP 1 TEN OPSIGTE VAN DIE TCIS



Subtoets 1	=	Vyandige wêreld (MAW)	Subtoets 8	=	Isolasie (IS)
Subtoets 2	=	Betekenislose wêreld (MEW)	Subtoets 9	=	Gebrek aan aanvaarding van gevoelens (LE)
Subtoets 3	=	Vertroue (TR)	Subtoets 10	=	Hulpeloosheid (HE)
Subtoets 4	=	Selfwaarde (SW)	Subtoets 11	=	Woede (RA)
Subtoets 5	=	Aliënasië (AL)	Subtoets 12	=	Vrees (FE)
Subtoets 6	=	Selfblaam (SB)	Subtoets 13	=	Vernedering (SH)
Subtoets 7	=	Afwesigheid van wederkerigheid in verhoudings (LE)	Subtoets 14	=	Oorveldigende emosies (OE)

Bogenoemde grafiek is gebaseer op rekenkundige gemiddeldes bloot om algemene tendense of verskille op te merk. Daar word nie noodwendig veel statistiese waarde daaraan geheg nie.

Volgens **grafiek 3** is dit interessant om te sien dat eksperimentele **groep 1** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram 'n verlaging ten opsigte van al die skale getoon het, behalwe vir (4) selfwaarde (SW) en (12) vrees (FE). Aangesien hierdie skale onderskeidelik die mate waarin 'n persoon waarde aan homself en sy opinies heg (SW) en 'n algemene gevoel van vrees (FE) bepaal, impliseer dit dat eksperimentele **groep 1** na afloop van die program 'n klein toename ten opsigte van selfwaarde en vreesagtige gevoelens beleef het. Die toename in selfwaarde kan waarskynlik toegeskryf word aan die krisisonlontings-opleidingsprogram wat studente toerus met nuwe kennis en vaardighede. Laasgenoemde verhoog proefpersone se bevoegdheid om krisis te kan hanteer en gevolglik voel hulle dat hul 'n verskil kan maak en as ontloners 'n waardige bydrae kan lewer. Die toename in vreesagtige gevoelens kan waarskynlik toegeskryf word aan onsekerheid in terme van die praktiese implementering van nuwe kennis en vaardighede, met ander woorde hul is nog onseker of hul dit wat hul geleer het, effektief sal kan toepas.

Volgens **grafiek 3** was die grootste afnames na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram op die vlak van (5) aliënasië en (14) oorweldigende emosies (OE). Die skaal van aliënasië (AL) meet die mate waarin 'n persoon verwyder voel van ander mense. Die afname in aliënasië kan waarskynlik toegeskryf word aan die feit dat persone deur middel van die krisisonlontings-opleidingsprogram ander polisieledes leer ken het wat dieselfde gevoelens en frustrasies ervaar. Laasgenoemde dra by tot 'n gevoel van "ek is nie alleen nie". Daarby het die program ook veral gefokus op die belangrikheid van die uitdruk van gevoelens en ondersteuning. Die polisieledes word aangemoedig om te sê wat hy voel en om hulp en ondersteuning te soek wanneer dit voel dat "dinge te veel begin raak". Wanneer 'n persoon dus uitreik na ander, verminder 'n gevoel van eensaamheid en aliënasië. Die afname ten opsigte van oorweldigende emosies (OE) sal later meer breedvoerig bespreek word.

Aangesien die **PSS** slegs uit een baie hoë waarde bestaan, is dit vanweë praktiese implikasies nie op **grafiek 3** aangedui nie. Volgens gegewens in **tabel 8** blyk dit dat eksperimentele **groep 1** na afoop van die krisisonlontings-opleidingsprogram 'n afname ten opsigte van die **PSS** getoon het. Aangesien hierdie skaal die mate bepaal waarvolgens 'n persoon sy omstandighede as stresvol waarneem, impliseer dit dat **groep 1** na afloop van die program minder stres in terme van sy omstandighede beleef het. Hierdie afname kan waarskynlik toegeskryf word aan die krisisonlontings-opleidingsprogram wat daarop gemik was om die toekomstige krisiswerker te leer hoe kom probleme meer konstruktief te hanteer. Dit beteken dat persone geleer het om byvoorbeeld anders oor probleme te dink (positiewe herformulering) en dit nie op wanaangepaste wyses (ontkenning en onttrekking) te probeer hanteer nie. 'n Verandering in die denkwysie en hantering van negatiewe omstandighede kon dus aanleiding gegee het tot 'n vermindering in waargenome stres (Kleinke, 1991).

Bogenoemde verskille is bloot tendense en dus nie statisties betekenisvol nie.

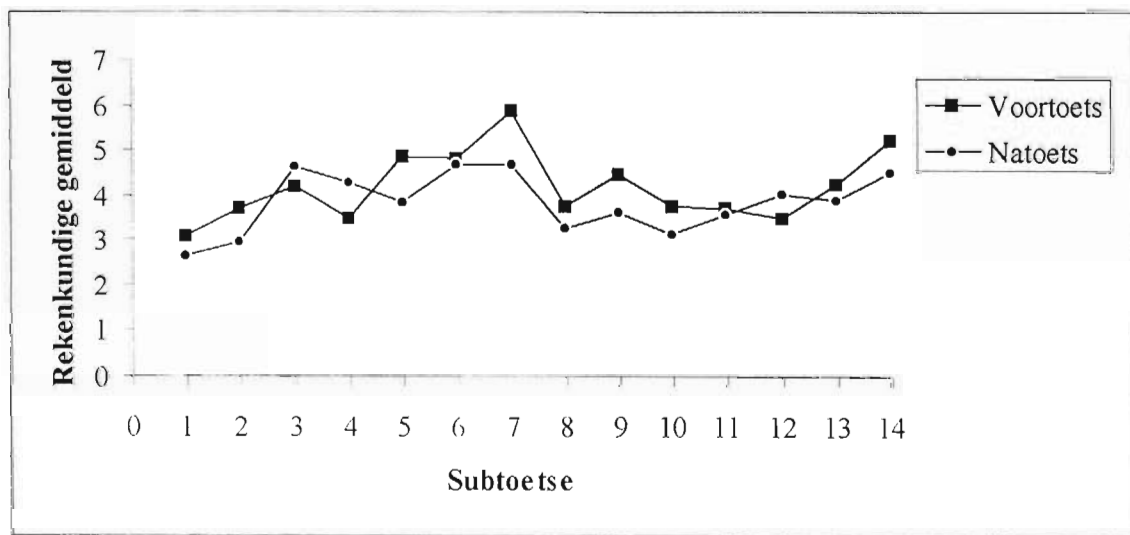
Volgens die gegewens in **tabel 8** blyk dit dat daar na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram wel 'n **statisties** betekenisvolle verandering (op die 0,05-peil) ten opsigte van oorweldigende emosies (OE) plaasgevind het. Soos reeds genoem, meet hierdie skaal die mate waarin 'n persoon deur emosies oorweldig word. Dit impliseer dat **groep 1** na afloop van die krisisonlontingsprogram 'n vermindering ten opsigte van emosionele oorweldiging beleef het. Hierdie vermindering kan waarskynlik ook toegeskryf word aan meer konstruktiewe copingmeganismes wat deur middel van die krisisonlontings-opleidingsprogram aangeleer is. Omdat persone na afloop van die program meer bevoeg voel om hul omstandighede te kan hanteer, voel hul emosioneel minder oorweldig.

Om die **effek** van bogenoemde verskil op die toetsings te bepaal, is 'n d-waarde van 0,50 vir oorweldigende emosies (OE) bereken. Hierdie d-waarde voldoen aan Cohen (1969) se kriteria van 'n medium effek. Dit impliseer dat die verandering wat ten opsigte van emosionele oorweldiging plaasgevind het, redelik betekenisvol is.

Opsommend blyk dit dat groep 1 na afloop van die krisisonthoelings-opleidingsprogram, 'n algemene vermindering ten opsigte van simptome van stres ervaar het.

Vervolgens sal eksperimentele groep 2 se voor-natoetstellings ten opsigte van die TCIS grafies voorgestel word.

GRAFIEK 4: VOOR-NATOETSVERSILLE VAN EKSPERIMENTELE GROEP 2 TEN OPSIGTE VAN DIE TCIS



Subtoets 1	=	Vyandige wêreld (MAW)	Subtoets 8	=	Isolasie (IS)
Subtoets 2	=	Betekenislose wêreld (MEW)	Subtoets 9	=	Gebrek aan aanvaarding van gevoelens (LE)
Subtoets 3	=	Vertroue (TR)	Subtoets 10	=	Hulpeloosheid (HE)
Subtoets 4	=	Selfvaarde (SW)	Subtoets 11	=	Woede (RA)
Subtoets 5	=	Aliënasië (AL)	Subtoets 12	=	Vrees (FE)
Subtoets 6	=	Selfblaam (SB)	Subtoets 13	=	Vernedering (SH)
Subtoets 7	=	Afwesigheid van wederkerigheid in verhoudings (LE)	Subtoets 14	=	Oorweldigende emosies (OE)

Soos reeds genoem, word bogenoemde grafiek op rekenkundige gemiddeldes gebaseer om bloot 'n oorsig van sekere tendense en verskille te kry. Daar behoort dus nie veel statistiese waarde aan die tellings geheg te word nie.

Volgens **grafiek 4** blyk dit dat eksperimentele **groep 2** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram 'n vermindering ten opsigte van al die skale, behalwe (3) vertroue (TR), (4) selfwaarde (SW) en (12) vrees (FE) getoon het. Die skale van vertroue en selfwaarde meet onderskeidelik die mate van vertroue wat 'n persoon in hulself en hul omgewing het (TR) en die waarde wat 'n persoon aan homself en sy opinie heg (SW). Dit impliseer dat diegene in **groep 2** na afloop van die program meer vertroue in homself en sy omgewing beleef het. Dit kan waarskynlik toegeskryf word aan die krisisonlontings-opleidingsprogram wat klem gelê het op aspekte van persoonlike selfontwikkeling. Laasgenoemde kon dus 'n verhoging ten opsigte van selfwaarde en vertroue teweeg gebring het. Volgens gegewens in **grafiek 4** is dit interessant om te sien dat **groep 2** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram 'n toename ten opsigte van vrees (FE) getoon het. Aangesien hierdie skaal 'n algemene gevoel van vrees meet, impliseer dit dat **groep 2** na afloop van die program 'n toename in vreesagtige gevoelens beleef het. Aangesien hierdie skaal nie spesifieke stressore identifiseer nie, kan net soos vir **groep 1**, gehipotetiseer word dat die verhoging van vreesagtige gevoelens toegeskryf kan word aan onsekerheid in terme van die praktiese implementering van nuwe kennis en vaardighede. Die toekomstige krisiswerker is moontlik nog onseker of hul dit wat hul geleer het, effektief sal kan toepas. Die verantwoordelikheid wat nou op die krisiswerker rus, kan tot 'n gevoel van angs en vrees aanleiding gee.

Volgens **grafiek 4** blyk dit dat die grootste vermindering ten opsigte van (7) woede (RE) plaasgevind het. Aangesien hierdie skaal 'n algemene gevoel van woede meet, impliseer dit dat **groep 2** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram 'n merkbare afname in gevoelens van woede en aggressie ervaar het. Hierdie verandering kan waarskynlik ook aan die krisisonlontings-opleidingsprogram toegeskryf word, aangesien laasgenoemde daarop fokus om die toekomstige krisiswerker se konstruktiewe copingvaardighede te verbeter. Omdat persone probleme en onvoorsiene omstandighede

beter hanteer, lei dit daartoe dat minder negatiewe gevoelens (waaronder woede en aggressie) ervaar word.

Die rekenkundige gemiddeld van die PSS is vanweë praktiese redes nie op die grafiek aangedui nie, aangesien dit slegs uit een waarde bestaan wat heelwat hoër is as die ander skale. Volgens **tabel 8** blyk dit dat **groep 2** 'n afname ten opsigte van PSS getoon het. Aangesien hierdie skaal die mate van waargenome stres meet, impliseer dit dat **groep 2** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram 'n afname in stressimptome ervaar het. Soos vir **groep 1**, kan dit waarskynlik toegeskryf word aan die krisisonlontings-opleidingsprogram wat poog om persone te leer om anders oor probleme te dink en dit meer konstruktief te hanteer. Konstruktiewe copingmeganismes kan dus aanleiding gee tot 'n vermindering in algemene simptome van stres.

Bogenoemde verskille is bloot tendense en is daarom nie statisties betekenisvol nie.

Volgens die P-waardes in **tabel 8** blyk dit dat daar na afloop van die program wel 'n **statisties** betekenisvolle verskil (op die 0,05-peil) ten opsigte van betekenislose wêreld (MEW) en die gebrek aan aanvaarding van gevoelens (LE) voorgekom het. Hierdie skale meet onderskeidelik die mate wat 'n persoon die wêreld waarin hy leef as betekenisloos ervaar (MEW) en die mate waarin 'n persoon sy gevoelens erken en daarop reageer (LE). Dit impliseer dat **groep 2** 'n vermindering ten opsigte van emosionele onttrekking, hopeloosheid en betekenisloosheid ervaar het. Dit kan waarskynlik toegeskryf word aan die krisisonlontings-program wat opleiding ten opsigte van verskeie aspekte (byvoorbeeld selfontwikkeling, traumabestuur en noodhulp) verskaf het. Hierdie opleiding het waarskynlik 'n verhoging in 'n gevoel van bevoegdheid veroorsaak, wat aanleiding kon gegee het tot 'n vermindering van hopeloosheid. As ontloners het hul 'n nuwe doel voor oë wat 'n vermindering ten opsigte van 'n gevoel van betekenisloosheid kon veroorsaak het. Aangesien die krisisonlontings-opleidingsprogram studente aanmoedig om hul gevoelens te erken en uit te druk, kan dit die verhoging in aanvaarding van gevoelens verklaar. 'n Statisties betekenisvolle verskil op die 0,05-peil het ook ten opsigte van vertroue (FE) – wat reeds bespreek is – voorgekom.

Om die **effek** van bogenoemde verskille op die toetsings te bepaal, is d-waardes van 0,53 vir MEW, 0,40 vir TR, en 0,38 vir LE bereken. Die d-waarde van MEW voldoen aan Cohen (1969) se kriteria vir 'n medium effek, en die d-waardes van TR en LE aan die kriteria vir 'n klein effek. Dit beteken dat die vermindering ten opsigte van betekenisloosheid, redelik betekenisvol is en die veranderinge ten opsigte van vertroue en die aanvaarding van gevoelens, in 'n geringe mate betekenisvol is.

Opsommend blyk dit dat groep 2 oor die algemeen 'n vermindering ten opsigte van simptome van stres ervaar het.

Volgens die gegewens in **tabel 8** blyk dit dat **groep 2 (Wes-Kaap)** oor die algemeen 'n groter afname as **groep 1 (Noordwes)** ten opsigte van simptome van stres getoon het. Aangesien die inhoud van die krisisonthoelingsprogram vir beide groepe dieselfde was, kan die verskille waarskynlik toegeskryf word aan 'n spesifieke metode van opleiding en sekere unieke eienskappe van die aanbieders. Dit sal dus interessant wees om te bepaal hoe die metode van opleiding vir die onderskeie groepe verskil het.

Beskrywende statistiek vir die totale groep en eksperimentele groep ten opsigte van dieselfde skale sal vervolgens in tabel 9 weergegee word.

TABEL 9: Gemiddelde verskille van die totale groep en kontrolegroep ten opsigte van die TCIS en PSS

SKALE EN SUB- SKALE	TOTALE GROEP			KONTROLEGROEP		
	verskil	sa	P	verskil	sa	P
TCIS						
Vyandige wêreld (MAW)	-0,41	2,42	0,13	0,88	2,55	0,09
Betekenislose wêreld (MEW)	-0,53	2,16	0,05*	0,68	2,71	0,22
Vertroue (TR)	-0,97	2,98	0,05*	0,24	2,38	0,61
Selfwaarde (SW)	-0,25	2,26	0,23	1,12	3,14	0,08
Aliënasie (AL)	-1,04	3,26	0,04*	0,40	1,70	0,25
Selfblaam (SB)	-0,46	2,94	0,31	0,12	1,94	0,32
Afwesigheid van wederkerigheid in verhoudings (RE)	-0,67	3,84	0,12	1,28	6,20	0,31
Isolasie (IS)	-0,65	2,44	0,04*	0,44	2,23	0,33
Gebrek aan aanvaarding van gevoelens (LE)	-0,40	2,20	0,12	0,20	2,25	0,66
Hulpeloosheid (HE)	-0,46	2,78	0,14	1,04	2,30	0,03*
Woede (RA)	-0,39	2,34	0,13	0,52	1,41	0,07
Vrees (FE)	0,37	2,16	0,13	0,24	1,96	0,54
Vernedering (SH)	-0,25	3,04	0,14	0,44	2,50	0,38
Oorweldigende emosies (OE)	-1,20	3,29	0,02*	0,24	1,80	0,51
PSS	-1,93	6,76	0,03*	-0,12	4,38	0,89

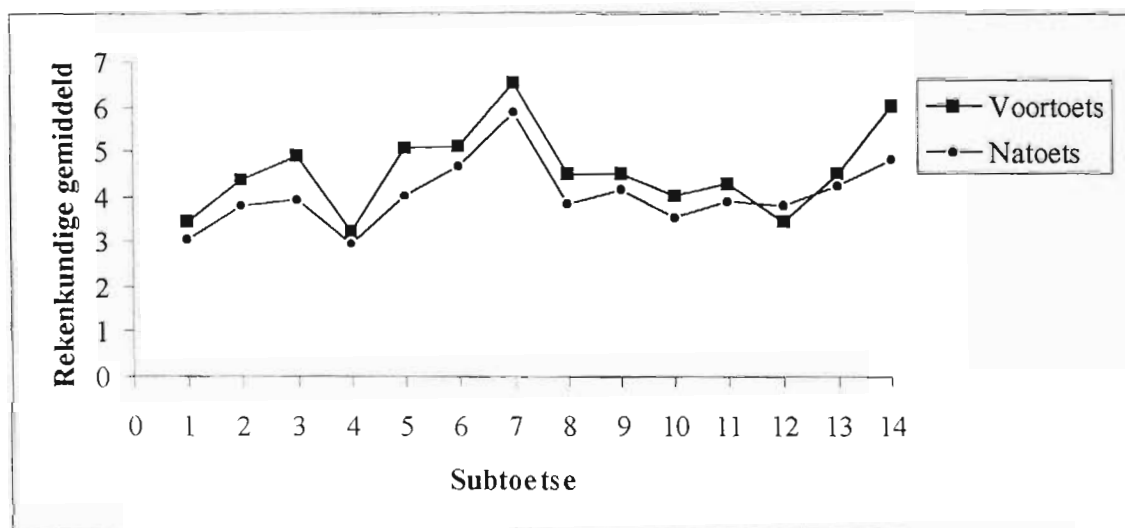
* **Beduidend op die 5% peil**

TCIS = Trauma Constellation Identification Scale

PSS = Perceived Stress Scale

Vervolgens sal 'n grafiese voorstelling van die voor-natoetstellings van die totale groep ten opsigte van die TCIS in grafiek 5 weergegee word.

GRAFIEK 5: VOOR-NATOETSTELLINGS VAN DIE TOTALE GROEP TEN OPSIGTE VAN DIE TCIS



Subtoets 1	=	Vyandige wêreld (MAW)	Subtoets 8	=	Isolasie (IS)
Subtoets 2	=	Betekenislose wêreld (MEW)	Subtoets 9	=	Gebrek aan aanvaarding van gevoelens (LE)
Subtoets 3	=	Vertroue (TR)	Subtoets 10	=	Hulpeloosheid (HE)
Subtoets 4	=	Selfwaarde (SW)	Subtoets 11	=	Woede (RA)
Subtoets 5	=	Aliënasië (AL)	Subtoets 12	=	Vrees (FE)
Subtoets 6	=	Selfblaaam (SB)	Subtoets 13	=	Vernedering (SH)
Subtoets 7	=	Afwesigheid van wederkerigheid in verhoudings (LE)	Subtoets 14	=	Oorweldigende emosies (OE)

Bogenoemde grafiek is gebaseer op rekenkundige gemiddeldes bloot om tendense of verskille op te merk. Daar kan dus nie noodwendig veel statistiese waarde daaraan geheg word nie.

Volgens **grafiek 5** blyk dit dat die eksperimentele groep as **totaal** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram 'n verlaging ten opsigte van al die skale getoon het,

behalwe vir (12) vrees (FE), wat 'n algemene gevoel van angs en vrees meet. Dit impliseer dat die groep as **totaal** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram 'n algemene verhoging ten opsigte van vreesagtigheid beleef het. Soos reeds genoem by die interpretasie van **groep 1 en 2**, kan hierdie verhoging waarskynlik toegeskryf word aan die toekomstige krisisswerker se onsekerheid in terme van situasies waarmee hy moontlik gekonfronteer sal word en die effektiewe hantering daarvan. Die krisisswerker dra 'n geweldige verantwoordelikheid en persone is moontlik onseker of hul aan die standaard wat gestel is, sal kan voldoen. Daar kan gehipotetiseer word dat hierdie angs sal verminder namate ervaring en suksesbelevings ten opsigte van ontlonting toeneem.

Aangesien die **PSS** slegs uit een hoë waarde bestaan, is dit om praktiese redes nie op die grafiek verreken nie. Volgens die rekenkundige gemiddeld blyk dit egter dat die **totale groep** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram, 'n vermindering ten opsigte van die **PSS** getoon het. Laasgenoemde verandering sal later meer breedvoerig bespreek word.

Volgens die P-waardes in **tabel 9** blyk dit dat die **totale groep** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram, **statisties** betekenisvolle veranderinge op die 0,05-peil ten opsigte betekenislose wêreld (MEW), vertroue (TR), aliënasië (AL), isolasie (IS), oorweldigende emosies (OE) en die **PSS** getoon het. Die skale van MEW en TR meet onderskeidelik 'n algemene gevoel van hopeloosheid ten opsigte van die wêreld en omgewing en die mate van vertroue wat 'n persoon in homself en sy omgewing het. Dit impliseer dat die groep as totaal na afloop van die program 'n groter sin van betekenis en vertroue in homself en sy omgewing ervaar het. Hierdie verhoging kan waarskynlik toegeskryf word aan die krisisonlontings-opleidingsprogram wat daarop gefokus het om die student as persoon te ontwikkel en om hom op te lei om stres en krisissituasies effektief te kan hanteer. Laasgenoemde kon 'n gevoel van bevoegdheid teweeg gebring het, wat aanleiding kon gee tot 'n verhoging in persoonlike groei en selfvertroue. Na afloop van die program het die toekomstige krisisswerker 'n nuwe doel voor oë wat veroorsaak dat die wêreld nou meer betekenisvol is omdat daar nou 'n belangrike bydrae is wat gelewer kan word. Die skale van AL, IS en OE meet onderskeidelik 'n algemene

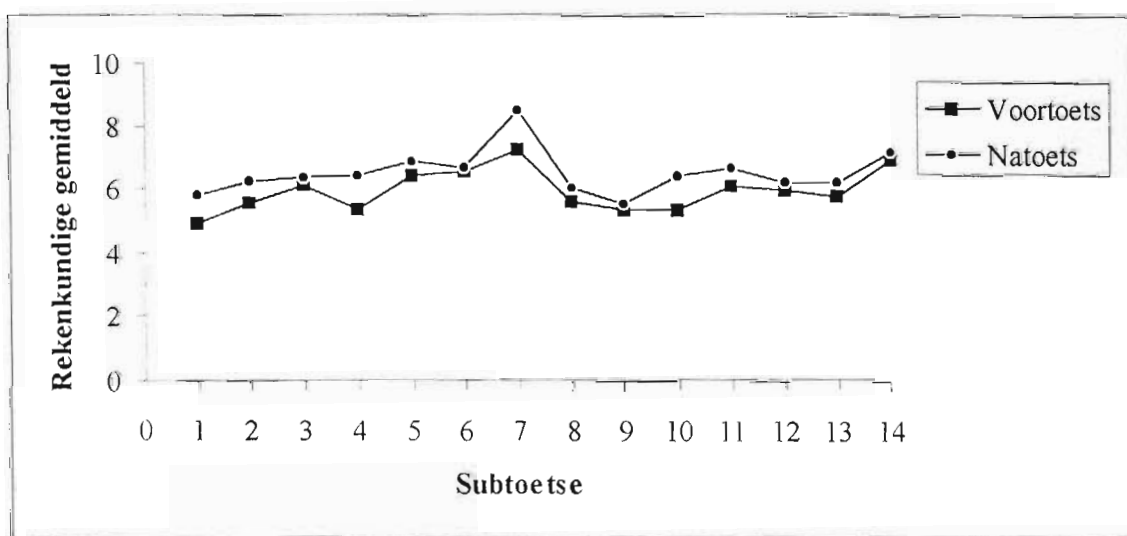
gevoel van aliënasië (AL) en isolasië (IS) en ook die mate van emosionele oorweldiging (OE) wat 'n persoon ervaar. Dit impliseer dat die **totale groep** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram 'n vermindering ten opsigte van eensaamheid, afgesonderdheid en emosionele oorweldiging beleef het. Dit kan waarskynlik ook toegeskryf word aan die krisisonlontingsprogram wat lede die geleentheid gebied het om ander polisielede te ontmoet wat dieselfde gevoelens en frustrasies ervaar. Die besef dat hul "nie alleen" is nie, kon 'n vermindering ten opsigte van die gevoel van isolasië en aliënasië veroorsaak het. Daarby het die krisisonlontingsprogram die lede aangemoedig om nie hul gevoelens te ignoreer nie, maar om dit uit te druk en uit te reik na ander mense vir hulp en ondersteuning. Laasgenoemde kan ook 'n gevoel van eensaamheid en afsondering verminder. Omdat persone hul gevoelens uitdruk en van hulpbronne gebruik maak, verminder die kans dat hul deur hul emosies oorweldig sal word. Volgens **tabel 9** het die **totale groep** ook 'n statisties betekenisvolle vermindering ten opsigte van die **PSS** getoon. Aangesien hierdie skaal die mate van waargenome stres meet, impliseer dit dat die **totale groep** na afloop van die krisisonlontingsprogram 'n algemene vermindering ten opsigte van simptome van stres ervaar het. Dit kan waarskynlik weereens toegeskryf word aan die krisisonlontings-opleidingsprogram wat klem op konstruktiewe copingvaardighede geplaas het. Omdat persone geleer het om probleme beter te hanteer, veroorsaak dit dat omstandighede as minder stresvol beleef word. Lazarus en Folkman (1984) en Kleinke (1991) bevestig dat konstruktiewe copingvaardighede 'n vermindering in simptome van stres veroorsaak.

Om die **effek** van bogenoemde verskille op die toetsings te bepaal, is d-waardes van 0,24 vir MEW, 0,32 vir TR, 0,31 vir AL, 0,26 vir IS, 0,36 vir OE en 0,28 vir **PSS** bereken. Hierdie d-waardes voldoen aan Cohen (1969) se kriteria vir 'n klein effek. Dit impliseer dat die veranderinge wat ten opsigte van betekenisloosheid (MEW), vertroue (TR), aliënasië (AL), isolasië (IS), emosionele oorweldiging (OE) en waargenome simptome van stres (**PSS**) plaasgevind het, in 'n geringe mate betekenisvol was.

Opsommenderwys blyk dit dat die eksperimentele groep as totaal na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram, 'n duidelike afname ten opsigte van simptome van stres ervaar het.

Vervolgens sal die kontrolegroep se voor-natoetsverskille ten opsigte van die TCIS in grafiek 6 voorgestel word.

**GRAFIEK 6: VOOR-NATOETSVERSKILLE VAN DIE KONTROLEGROEP
TEN OPSIGTE VAN DIE TCIS**



Subtoets 1	=	Vyandige wêreld (MAW)	Subtoets 8	=	Isolasie (IS)
Subtoets 2	=	Betekenislose wêreld (MEW)	Subtoets 9	=	Gebrek aan aanvaarding van gevoelens (LE)
Subtoets 3	=	Vertroue (TR)	Subtoets 10	=	Hulpeloosheid (HE)
Subtoets 4	=	Selfwaarde (SW)	Subtoets 11	=	Woede (RA)
Subtoets 5	=	Aliënasië (AL)	Subtoets 12	=	Vrees (FE)
Subtoets 6	=	Selfblaam (SB)	Subtoets 13	=	Vernedering (SH)
Subtoets 7	=	Afwesigheid van wederkerigheid in verhoudings (LE)	Subtoets 14	=	Oorweldigende emosies (OE)

Aangesien bogenoemde grafiek op rekenkundige gemiddelde gebaseer is, behoort daar nie veel statistiese waarde daaraan geheg te word nie, aangesien dit bloot 'n handige metode is om algemene tendense en uitvalle te beskryf.

Volgens **grafiek 6** is dit opmerklik dat die **kontrolegroep** se profiel totaal van dié van die **eksperimentele groepe** verskil. Waar die **eksperimentele groepe** se tellings oor die algemeen 'n afname getoon het, het die **kontrolegroep** na 'n verloop van tyd 'n toename ten opsigte van ál die skale getoon. Die grootste toenames het op die vlak van (4) selfwaarde (SW), (7) afwesigheid van wederkerigheid in verhoudings (RE) en (10) hulpeloosheid (HE) voorgekom. Hierdie skale meet onderskeidelik die mate wat 'n persoon homself en sy opinies waardig ag (SW), die mate van bevrediging in persoonlike verhoudings (RE) en 'n algemene gevoel van hulpeloosheid (HE). Dit impliseer dat die **kontrolegroep** na 'n verloop van ongeveer twee weke 'n groter onsekerheid ten opsigte van hulself en hul verhoudings getoon het, wat 'n gevoel van hopeloosheid kon verhoog het. As in ag geneem word dat persone in die **eksperimentele groepe** spesiaal geselekteer is vir die krisisonlontings-opleidingsprogram op grond van hul vermoë om stres en krisissituasies te hanteer, kan gehipotetiseer word dat persone in die **kontrolegroep** 'n verhoging in stres (oor byvoorbeeld die N-masseproses, verplasing- en bevorderingsprobleme) ervaar het, omdat hul oor minder konstruktiewe copingvaardighede beskik. Hierdie verhoging ten opsigte van onsekerheid kan waarskynlik toegeskryf word aan die feit dat persone gedurende hierdie tydperk geen persoonlike selfontwikkeling en opleiding ten opsigte van streshantering en ander vaardighede (soos die krisishanterings-opleidingsprogram) ondergaan het nie. 'n Gebrek aan hierdie bevoegdhede kan verklaar waarom die **kontrolegroep** na 'n verloop van tyd selfs meer hulpeloos en onseker gevoel het. Daarby was die **kontrolegroep** ten tyde van die toetsing direk gemoeid met logistieke en finansiële beplanning van die provinsie se jaar-einde en -begin, wat 'n verhoging in stres kon veroorsaak het.

Volgens gegewens in **tabel 9** blyk dit dat die **kontrolegroep** se verskil ten opsigte van hulpeloosheid (HE) statisties betekenisvol op die 0,05-peil was. Op grond hiervan is die praktiese beduidendheid van die verskil bereken. Hierdie berekening het 'n d-waarde van

0,03 vir HE getoon, wat voldoen aan Cohen (1969) se kriteria vir 'n klein effek. Dit impliseer dat die verhoging wat ten opsigte van hulpeloosheid ervaar is, in 'n geringe mate betekenisvol is.

Opsommenderwys blyk dit dat die kontrolegroep na 'n verloop van tyd 'n algemene verhoging ten opsigte van simptome van stres ervaar het.

Aangesien die kontrolegroep na 'n verloop van tyd geen statisties betekenisvolle vermindering ten opsigte van simptome van stres ervaar het nie, kan aanvaar word dat die veranderinge wat by die eksperimentele groepe plaasgevind het, aan die krisisontlontings-opleidingsprogram toegeskryf kan word.

4. KONKLUSIE

Volgens die voortoetstellings ten opsigte van die skale wat mate van stres meet was dit duidelik dat al die polisielede wat aan die ondersoek deelgeneem het, 'n hoë mate van stres, asook 'n gevoel dat hul nie altyd in staat is om hul omstandighede effektief te kan hanteer nie, ervaar het.

Na afloop van die krisisontlontings-opleidingsprogram het groep 1 'n statisties betekenisvolle vermindering ten opsigte van oorweldigende emosies (OE) ervaar. Groep 2 het na afloop van die program 'n statisties betekenisvolle vermindering ten opsigte van gevoelens van betekenisloosheid (MEW) en die gebrek aan die aanvaarding van gevoelens (LE) ervaar. Daarby het groep 2 ook 'n statisties betekenisvolle verhoging ten opsigte van vertroue (TR) getoon. Die eksperimentele groep het as totaal 'n statistiese betekenisvolle vermindering ten opsigte van betekenisloosheid (MEW), isolasie (IS), oorweldigende emosies (OE) en waargenome stres (PSS) getoon. Hierdie groep het ook 'n statisties betekenisvolle verhoging ten opsigte van vertroue (TR) getoon. Aangesien die kontrolegroep na 'n verloop van tyd geen statisties betekenisvolle vermindering ten opsigte van simptome van stres getoon het nie, kan aanvaar word dat die positiewe

veranderinge wat by die eksperimentele groepe voorgekom het aan die krisisonthontings-opleidingsprogram toegeskryf kan word.

Volgens bogenoemde gegewens en algemene tendense van vermindering op die grafieke, kan die **alternatiewe hipotese** aanvaar word, met ander woorde die krisisonthontings-opleidingsprogram veroorsaak wel 'n betekenisvolle vermindering ten opsigte van die toekomstige krisiswaerker se simptome van stres.

5. HIPOTESE 2

- **Nulhipotese:** Die krisisonthontings-opleidingsprogram veroorsaak nie 'n betekenisvolle verhoging in die toekomstige krisiswaerker se konstruktiewe copingvaardighede nie.
- **Alternatiewe hipotese:** Die krisisonthontings-opleidingsprogram veroorsaak wel 'n betekenisvolle verhoging in die toekomstige krisiswaerker se konstruktiewe copingvaardighede.

5.1 Voortoeftellings ten opsigte van skale wat copingstrategieë meet

Beskrywende statistiek (gemiddeldes, standaardafwykings en P-waardes) van beide die eksperimentele groepe vir die Cope-vraelys (COPE), Copingstrategie-indikator (CSI) en die Copingresponsvraelys vir volwassenes (CRI) word in tabel 10 weergegee. Beskrywende statistiek vir die totale sowel as kontrolegroep ten opsigte van dieselfde skale word in tabel 11 weergegee.

**TABEL 10: Beskrywende statistiek vir die voortoetstellings van die COPE, CSI
en CRI soos verkry by eksperimentele groep 1 en 2**

SKALE EN SUBSKALE	GROEP 1		GROEP 2		P
	gem	sa	gem	sa	
COPE					
Aktiewe coping (AC)	13,04	1,60	13,47	1,64	0,94
Beplanning (P)	14,00	1,41	14,21	2,46	0,45
Onderdrukking van					
kompeterende aktiwiteite (SCA)	10,62	2,24	10,78	2,12	0,14
Weerhoudingscoping (RC)	11,16	1,92	11,00	2,33	0,11
Soek sosiale ondersteuning-					
instrumentele redes (SIR)	12,04	2,13	13,15	2,14	0,06
Soek sosiale ondersteuning-					
emosionele redes (SER)	12,12	2,59	12,7	3,41	0,001•
Positiewe herformulering					
en groei (PRG)	13,12	1,80	14,26	2,13	0,03*
Aanvaarding (A)	11,25	2,62	12,15	2,45	0,01□
Keer na religie (TTR)	14,08	2,47	12,52	3,64	0,59
Fokus op en ventilering					
van emosies (FVE)	10,12	2,65	9,94	3,37	0,001•
Ontkenning (D)	6,54	2,68	5,47	1,57	0,47
Gedragsonttrekking (BD)	6,70	2,59	6,00	1,33	0,07
Mentale onttrekking (MD)	8,45	2,34	8,73	2,15	0,62
Alkohol-substansgebruik (ADD)	1,12	0,33	1,15	0,50	0,56
CSI					
Probleemoplossing (PS)	29,75	3,68	29,42	3,76	0,86
Soek sosiale ondersteuning(SS)	27,04	4,32	27,68	4,67	0,21
Vermyding (A)	18,62	4,66	17,15	4,74	0,86
CRI					
Logiese analise (LA)	9,95	4,05	9,78	3,93	0,05*
Positiewe herformulering (PR)	8,57	3,84	8,10	3,92	0,97
Soek leiding en					
ondersteuning (SG)	6,52	4,53	5,31	3,88	0,10
Probleemoplossing (PS)	6,77	3,58	6,31	3,01	0,38
Kognitiewe vermyding (CA)	9,66	2,88	10,05	3,68	0,20
Aanvaarding of gelatenheid(AR)	9,04	3,04	9,36	2,75	0,02*
Soek alternatiewe					
belonings (SR)	9,72	3,45	9,94	2,57	0,81
Emosionele ontlading (ED)	10,09	2,58	9,94	2,41	0,02*

- * **beduidend op die 0,05-peil**
- **beduidend op die 0,01-peil**
- **beduidend op die 0,001-peil**

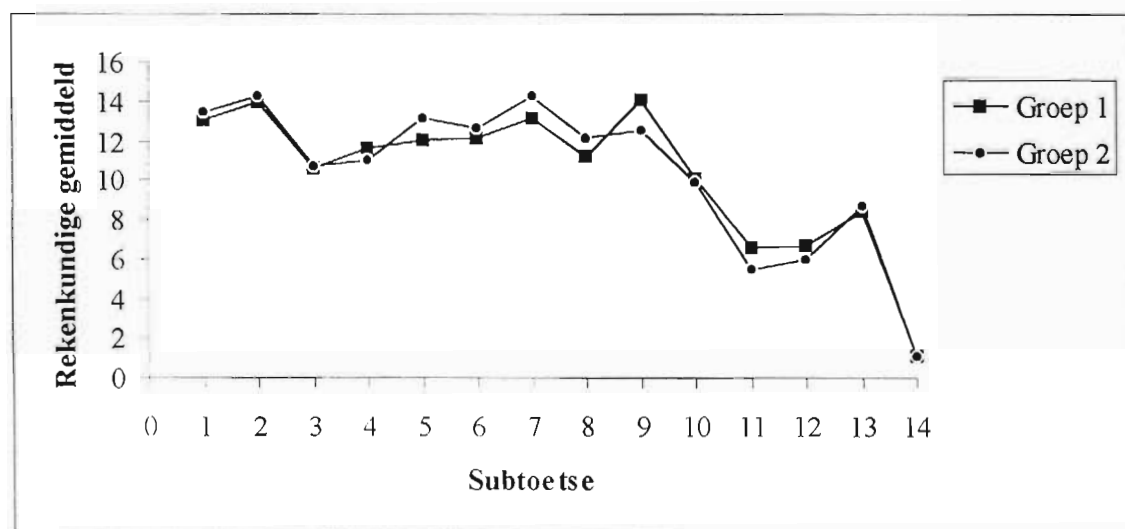
COPE = COPE-Questionnaire

CSI = Coping Strategy Indicator

CRI = Coping Resources Inventory - Adult Form

Vervolgens sal 'n grafiese voorstelling van die gemiddelde voortoetstellings van eksperimentele groep 1 en 2 ten opsigte van die COPE in grafiek 7 weergegee word.

**GRAFIEK 7: GEMIDDELDE VOORTOETSTELLINGS VAN
EKSPERIMENTELE GROEP 1 EN 2 TEN OPSIGTE
VAN DIE COPE**



Subtoets 1 = Aktiewe coping (AC)

Subtoets 2 = Beplanning (P)

Subtoets 3 = Onderdrukking van kompeterende
aktiwiteite (SCA)

Subtoets 4 = Weerhoudingscoping

Subtoets 5 = Soek sosiale ondersteuning-
instrumentele redes (SIR)

Subtoets 6 = Soek sosiale ondersteuning-
emosionele redes (SER)

Subtoets 7 = Positiewe herformulering en groei (PRG)

Subtoets 8 = Aanvaarding (A)

Subtoets 9 = Keer na religie (TTR)

Subtoets 10 = Fokus op en venti-
lering van emosies (FVE)

Subtoets 11 = Ontkenning (D)

Subtoets 12 = Gedragsonttrekking (BD)

Subtoets 13 = Mentale onttrekking (MD)

Subtoets 14 = Alkohol-substansgebruik (ADD)

Bogenoemde grafiek is op rekenkundige gemiddeldes gebaseer bloot om algemene tendense en verskille waar te neem. Daar behoort dus nie veels statistiese waarde daaraan geheg te word nie.

Volgens **grafiek 7** blyk dit dat **groep 2** deurlopend hoër tellings as **groep 1** getoon het, behalwe ten opsigte van (8) aanvaarding (A), (9) keer na religie (TTR), (10) fokus op en ventilering van gevoelens (FVE), (11) ontkenning (D) en (12) gedragsonttrekking (BD). Die skale van TTR, D en BD meet onderskeidelik die mate wat 'n persoon troos en antwoorde in godsdiens vind (TTR), die mate wat 'n persoon 'n stressor as onwerklik beleef (D) en die mate waartoe 'n persoon geen gedrag sal openbaar om 'n probleem op te los nie. Dit impliseer dat **groep 1** meer geneig is om godsdiens as 'n bron van ondersteuning te gebruik (TTR). Aangesien **groep 1** hoofsaaklik uit blanke mans uit 'n plattelandse omgewing (Noordwes) bestaan, kan die verhoogde klem op godsdiens moontlik verklaar word deur die feit dat tradisionele blanke gesinne in 'n meerdere mate met godsdiens in hul huise grootword, as diegene in 'n metropolitaanse omgewing (**groep 2**). Dit blyk ook dat **groep 1** meer geneig is om van ontkenning (D) en gedragsonttrekking gebruik te maak (BD). Dit kan verklaar word deur die feit dat persone op die platteland (Noordwes) moontlik meer passief en terughoudend is, terwyl persone in 'n metropolitaanse omgewing (**groep 2**) reeds van kleins af leer om te "baklei" vir hul regmatige plek in die samelewing. Die verskillende tellings ten opsigte van (8) A en (10) FVE sal later meer breedvoerig bespreek word.

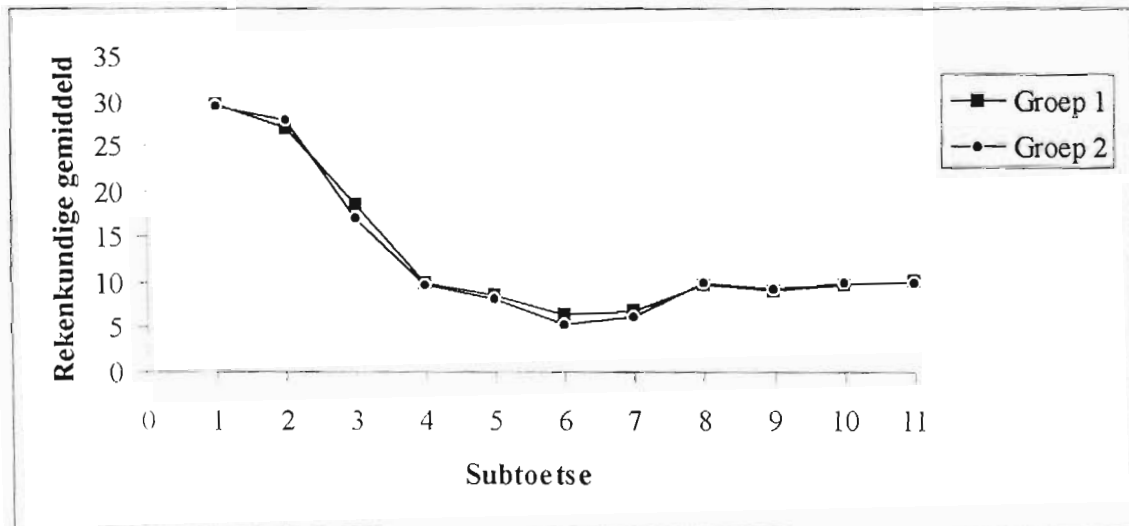
Volgens die P-waardes in **tabel 10** blyk dit dat daar **statisties** betekenisvolle verskille tussen die twee eksperimentele groepe se tellings ten opsigte van soek sosiale ondersteuning vir emosionele redes (SER op die 0,001-peil), positiewe herformulering en groei (PRG op die 0,05-peil), aanvaarding (A op die 0,01-peil) en die fokus op en ventilering van emosies (FVE op die 0,001-peil) voorgekom het. Hierdie skale meet onderskeidelik die mate waartoe 'n persoon na ander uitreik vir emosionele ondersteuning (SER), die mate waarin 'n persoon stresvolle emosies verminder deur anders daaroor te dink (PRG), die mate wat 'n persoon 'n stressor as realiteit aanvaar (A) en die mate wat 'n persoon sy gevoelens rondom 'n stressor verbaliseer en uitleef (FVE). Dit impliseer dat **groep 2** meer geneig is om hul gevoelens uit te druk (FVE) en na ander uit te reik vir ondersteuning, simpatie en begrip (SER). Dit kan moontlik verklaar word deur die feit dat tradisionele blankes op die platteland (**groep 1**) in 'n meerdere mate die siening handhaaf dat jy nie jou gevoelens moet wys nie en jou eie probleme moet oplos.

Gevolgtlik is hul meer gereserveerd ten opsigte van hul gevoelens en minder geneig om na ander mense uit te reik vir hulp en ondersteuning. Verder blyk dit dat **groep 2** meer geneig is om probleme as 'n realiteit te aanvaar (A) en dit op 'n positiewe wyse te herformuleer sodat dit hanteerbaarder is (PRG). Dit kan wees dat persone in 'n metropolitaanse omgewing (**groep 2**) aan meer dinge blootgestel word en daarom ook 'n breër verwysingsraamwerk het as persone in 'n landelike omgewing (**groep 1**). Hierdie wyer denkraamwerk maak dit vir hul moontlik om hul probleme te aanvaar en anders daaroor te dink. Persone in 'n landelike omgewing (**groep 1**) is meer gereserveerd en sal daarom meer geneig wees om probleme te ontken.

Om die **effek** van bognoemde statisties betekenisvolle verskille op die toetsings te bepaal, is d-waardes van 0,17 vir SER, 0,53 vir PRG, 0,34 vir A en 0,05 vir FVE bereken. Volgens Cohen (1969) voldoen die d-waarde van PRG aan kriteria vir 'n medium effek en impliseer die d-waarde van A 'n klein effek. Dit beteken dat die verskil wat ten opsigte van positiewe herformulering en groei (PRG) voorgekom het, redelik betekenisvol is en dat die verskil ten opsigte van aanvaarding (A) in 'n geringe mate betekenisvol is. Aangesien die d-waardes van SER en FVE $< 0,2$ is, is die verskille ten opsigte van die soek van sosiale ondersteuning vir emosionele redes (SER) en die fokus op en ventilering van gevoelens (FVE) nie werklik prakties betekenisvol nie.

Vervolgens sal die gemiddelde voortoetstellings van groep 1 en 2 ten opsigte van die CSI en CRI, grafies voorgestel word.

**GRAFIEK 8: GEMIDDELDE VOORTOETSTELLINGS VAN
EKSPERIMENTELE GROEP 1 EN 2 TEN OPSIGTE
VAN DIE CSI EN CRI**



Subtoets 1 = Probleemoplossing (PS)

Subtoets 2 = Soek sosiale ondersteuning (SS)

Subtoets 3 = Vermydning (A)

Subtoets 4 = Logiese analise (LA)

Subtoets 5 = Positiewe herformulering (PR)

Subtoets 6 = Soek leiding en ondersteuning (SG)

Subtoets 7 = Probleemoplossing (PS)

Subtoets 8 = Kognitiewe vermyding (CA)

Subtoets 9 = Aanvaarding of gelatenheid (AR)

Subtoets 10 = Belonings (SR)

Subtoets 11 = Emosionele ontlading (ED)

Bogenoemde grafiek is gebaseer op rekenkundige gemiddeldes bloot om algemene tendense en verskille waar te neem. Daar behoort dus nie veel statistiese waarde daaraan geheg te word nie.

Volgens die gegewens in **grafiek 8** blyk dit dat **groep 2** deurlopend hoër tellings as **groep 1** getoon het. Uitsonderings ten opsigte van (3) vermyding (A), (5) positiewe herformulering (PR), soek leiding en ondersteuning (SG) en probleemoplossing (PS) het

egter voorgekom. Hierdie skale meet onderskeidelik die mate wat 'n persoon dit vermy om aktief op ander te steun vir advies en vertroosting (A en SG)), die mate wat 'n persoon negatiewe omstandighede op 'n positiewe wyse herformuleer (PR) en die mate wat 'n persoon aktief probeer om probleme op te los. Dit impliseer dat persone in **groep 1** meer geneig is om probleme te vermy (A). Laasgenoemde word bevestig deur afleidings wat uit die TCIS gemaak is. Soos reeds genoem, kan dit waarskynlik toegeskryf word aan die feit dat persone op die platteland meer passief en terughoudend is, omdat hul nie soos persone in 'n metropolitaanse omgewing (**groep 2**) reeds van kleins af moes “baklei” vir hul regmatige plek in die samelewing nie. Volgens gegewens in **grafiek 8** blyk dit dat persone in **groep 1** meer geneig is om probleme op 'n positiewe wyse te herformuleer (PR), om op die leiding en ondersteuning van ander staat te maak (SG) en om probleme op 'n aktiewe wyse op te los (PS). Hierdie gegewens word egter weerspreek deur afleidings wat uit die COPE en die CSI se skaal van vermyding (A) gemaak is. Volgens laasgenoemde handhaaf tradisionele blankes op die platteland (**groep 1**) in 'n meerdere mate die siening dat jy nie jou gevoelens moet wys nie en sêf jou probleme moet oplos. Gevolglik is persone in **groep 1** minder geneig om na ander uit te reik vir hulp en ondersteuning. Daarby word persone in 'n metropolitaanse omgewing (**groep 2**) aan meer dinge blootgestel as persone in 'n landelike omgewing (**groep 1**) wat daartoe lei dat **groep 2** moontlik oor 'n breër verwysingsraamwerk beskik. Hierdie wyer denkraamwerk maak dit vir hul (**groep 2**) moontlik om anders oor hul probleme te dink en dit daarvolgens op te los. Volgens die skaal van vermyding (A) van die CSI het dit geblyk dat persone in **groep 1**, eerder as **groep 2**, meer geneig is om probleme te vermy omdat hul meer passief en terughoudend is.

Volgens die P-waardes in **tabel 10** het **statisties** betekenisvolle verskille tussen **groep 1** en **2** se tellings ten opsigte die CRI se skale van logiese analise (LA), aanvaarding of gelatenheid (AR) en emosionele ontlading (ED) op die 0,05-peil voorgekom. Hierdie skale meet onderskeidelik die mate wat 'n persoon probleme logies analiseer voordat dit hanteer word (LA), die mate wat 'n persoon probleme geredelik aanvaar (AR) en die mate wat 'n persoon geneig is om sy gevoelens uit te druk (ED). Dit impliseer dat persone in **groep 2** meer geneig is tot die logiese analisering van probleme. Dit kan

waarskynlik ook toegeskryf word aan die breër verwysingsraamwerk waaroor persone in 'n metropolitaanse omgewing beskik, omdat hul aan meer dinge blootgestel was/word. Hierdie wye denkraamwerk maak dit vir hul moontlik om anders oor probleme te dink. Gevolglik is **groep 2** meer geneig om logies oor probleme te dink (LA) en dit op 'n positiewe wyse te herformuleer (soos geblyk het uit die COPE en die CSI se skaal van PR). Die feit dat **groep 2** geneig is om probleme gelate te aanvaar (AR), word weerspreek deur bogenoemde gegewens waaruit dit blyk dat hul eerder geneig is om meer as diegene in **groep 1** van benaderingscoping gebruik te maak. Met ander woorde hul sal 'n probleem hanteer eerder as om dit net bloot te aanvaar.

Om die **effek** van bogenoemde verskille op die toetsings te bepaal, is d-waardes van 0,04 vir LA, 0,39 AR en 0,42 vir ED bereken. Volgens Cohen (1969) voldoen hierdie waardes aan die kriteria vir 'n klein effek. Dit beteken dat die verskille wat ten opsigte van logiese analise (LA), aanvaarding of gelatenheid (AR) en emosionele ontlading (ED) voorgekom het, in 'n geringe mate betekenisvol is.

Beskrywende statistiek vir die totale groep en kontrolegroep ten opsigte van dieselfde skale sal vervolgens in tabel 11 weergegee word.

**TABEL 11: Beskrywende statistiek vir die voortoetstellings van die COPE, CSI
en CRI soos verkry by die totale groep en kontrolegroep**

SKALE EN SUBSKALE	TOTALE GROEP		KONTROLEGROEP		P
	gem	sa	gem	sa	
COPE					
Aktiewe coping (AC)	13,23	1,61	12,28	2,26	0,001•
Beplanning (P)	14,09	1,92	12,80	2,12	0,01*
Onderdrukking van kompeterende aktiwiteite (SCA)	10,69	2,16	9,88	1,94	0,11
Weerhoudingscoping (RC)	11,09	2,09	10,00	1,95	0,03*
Soek sosiale ondersteuning- instrumentele redes (SIR)	12,53	2,96	11,24	2,98	0,06
Soek sosiale ondersteuning- emosionele redes (SER)	12,39	2,96	11,96	2,49	0,51
Positiewe herformulering en groei (PRG)	13,62	2,01	12,08	2,79	0,02*
Aanvaarding (A)	11,65	2,56	12,16	2,65	0,44
Keer na religie (TTR)	13,39	3,10	12,72	2,95	0,37
Fokus op en ventilering van gevoelens (FVE)	10,04	2,94	10,48	2,21	0,49
Ontkenning (D)	6,06	2,30	7,44	2,43	0,02*
Gedragsonttrekking (BD)	6,39	2,13	7,68	2,74	0,06
Mentale onttrekking (MD)	8,58	2,23	8,68	2,13	0,85
Alkohol-substansgebruik (ADD)	1,13	0,41	1,44	0,82	0,09
CSI					
Probleemoplossing (PS)	29,60	3,67	26,04	6,12	0,01□
Soek sosiale ondersteuning (SS)	27,32	4,44	24,28	5,31	0,02*
Vermyding (A)	17,97	4,69	19,92	3,96	0,07
CRI					
Logiese analise (LA)	9,87	3,95	9,08	5,04	0,50
Positiewe herformulering (PR)	8,35	3,55	9,28	5,27	0,44
Soek leiding en ondersteuning (SG)	5,95	4,23	7,00	4,86	0,38
Probleemoplossing (PS)	6,56	3,30	8,04	5,07	0,20
Kognitiewe vermyding (CA)	9,85	3,25	8,40	3,67	0,11
Aanvaarding of gelatenheid (AR)	9,20	2,87	8,12	3,78	0,22
Soek alternatiewe belonings (SR)	9,82	3,04	9,32	4,17	0,59
Emosionele ontlading (ED)	10,02	2,47	9,28	3,12	0,31

* **Beduidend op die 0,05-peil**

□ **Beduidend op die 0,01-peil**

• **Beduidend op die 0,001-peil**

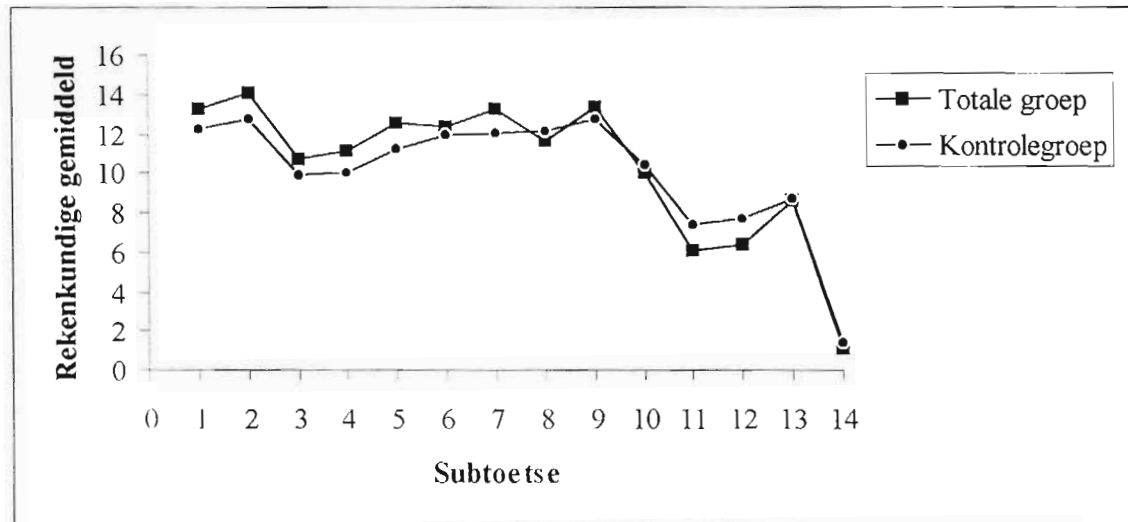
COPE = COPE-Questionnaire

CSI = Coping Strategy Indicator

CRI = Coping Resources Inventory- Adult Form

Vervolgens sal 'n grafiese voorstelling van die totale groep en kontrolgroep se gegewens ten opsigte van die COPE weergegee word.

GRAFIEK 9: GEMIDDELDE VOORTOETSTELLINGS VAN DIE TOTALE GROEP EN KONTROLEGROEP TEN OPSIGTE VAN DIE COPE



- | | |
|---|---|
| Subtoets 1 = Aktiewe coping (AC) | Subtoets 8 = Aanvaarding (A) |
| Subtoets 2 = Beplanning (P) | Subtoets 9 = Keer na religie (TTR) |
| Subtoets 3 = Onderdrukking van kompetende aktiwiteite (SCA) | Subtoets 10 = Fokus op en ventilering vna emosies (FVE) |
| Subtoets 4 = Weerhoudingscoping | Subtoets 11 = Ontkenning (D) |
| Subtoets 5 = Soek sosiale ondersteuning-instrumentele redes (SIR) | Subtoets 12 = Gedragsonttrekking (BD) |
| Subtoets 6 = Soek sosiale ondersteuning-emosionele redes (SER) | Subtoets 13 = Mentale onttrekking (MD) |
| Subtoets 7 = Positiewe herformulering en groei (PRG) | Subtoets 14 = Alkohol-substansgebruik (ADD) |

Bogenoemde grafiek is op rekenkundige gemiddeldes gebaseer bloot om verskille en algemene tendense waar te neem. Daar behoort dus nie veel statistiese waarde daaraan geheg te word nie.

In grafiek 9 blyk dit dat die **totale groep** deurlopend hoër tellings as die **kontrolegroep** getoon het, behalwe vir (8) aanvaarding (A), (10) fokus op en ventilering van gevoelens (FVE), (11) ontkenning (D), (12) gedragsonttrekking (BD), (13) mentale onttrekking

(MD) en (14) alkohol-substansgebruik (ADD). Hierdie skale meet onderskeidelik die mate wat 'n persoon 'n stressor as realiteit aanvaar (A), die mate wat 'n persoon gevoelens rondom 'n stressor verbaliseer en uitleef (FVE), die mate wat 'n persoon 'n stressor as onwerklik beleef (D), die mate wat 'n persoon dit vermy om 'n stressor aktief te hanteer (BD), die mate wat 'n persoon sy denke van 'n probleem aflei (MD) en die mate wat 'n persoon probeer om van die realiteit te ontsnap in 'n poging om nie 'n bepaalde stressor te hanteer nie (ADD). Dit impliseer dat die **kontrolegroep** geneig is om van die realiteit van stressore te ontsnap (D) deur byvoorbeeld nie daaraan te dink nie (MD) of deur die gebruik of misbruik van alkohol en ander substansie (ADD). Aangesien 'n stressor nie as 'n realiteit aanvaar word nie, sal gevoelens rondom 'n stressor nie uitgedruk en geverbaliseer word nie (FVE) en word daar ook nie 'n aktiewe poging aangewend om die probleem te probeer oplos nie (BD). Laasgenoemde weerspreek die moontlikheid dat die **kontrolegroep** geneig is om die realiteit van stressore te aanvaar (soos deur die hoë telling ten opsigte van aanvaarding (A) geïmpliseer word). Volgens Nel (1998) en Brown en Campbell (1994) lei oormatige stres in die polisie dikwels tot die gebruikmaking van destruktiewe en oneffektiewe copingmeganismes, waaronder vermyding van stressore, die onderdrukking van gevoelens en die gebruik/misbruik van alkohol en ander substansie. Die feit dat polisiepersoneel in die **kontrolegroep** geneig is om nie hul gevoelens rondom stressore uit te druk en te verbaliseer nie, kan moontlik toegeskryf word aan die "macho"-kultuur van die SAPD wat aanleiding gee tot 'n beperkte uitdruk van persoonlike gevoelens en ontstaan die misinterpretasie dat die polisiebeampte altyd kalm en beredeneerd moet voorkom (Brown & Campbell, 1994). As in ag geneem word dat die **totale groep** geselekteer is vir die krisisonthoelings-opleidingsprogram op grond van hul vermoë om stres en krisissituasies te kan hanteer, kan die hoë tellings wat die **kontrolegroep** ten opsigte van ontkenning en vermyding (FVE, D, BD, MD en ADD) behaal het, moontlik verklaar word deur die feit dat hul nie oor dieselfde mate van konstruktiewe copingvaardighede as die **totale groep** beskik nie. Laasgenoemde verklaar waarskynlik waarom persone in die **kontrolegroep** 'n hoër mate van stres ervaar (soos geblyk het uit tabel 9). Aangesien die **totale groep** hoofsaaklik bestaan uit gegraduateerdes vanuit die geesteswetenskappe, kan aanvaar word dat hul

geneig is om beter as te cope, omdat hul waarskynlik ook in hul graadstudie opleiding ten opsigte van selfontwikkeling en konstruktiewe coping ontvang het.

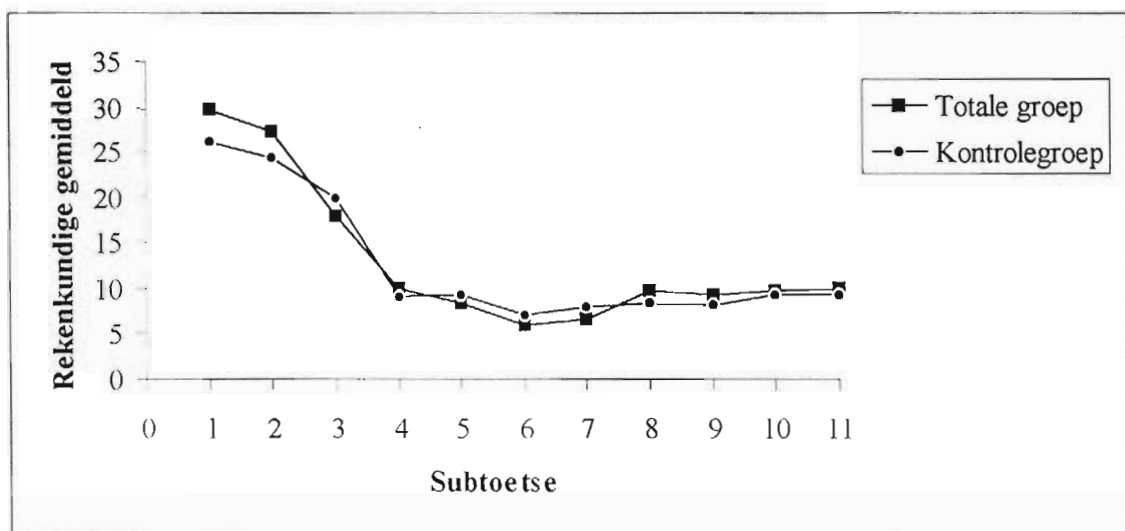
Volgens die P-waardes in **tabel 13** blyk dit dat daar **statisties** betekenisvolle verskille tussen die **totale groep** en **kontrolegroep** se tellings ten opsigte van positiewe herformulering (PRG) en ontkenning (D) op die 0,05-peil voorgekom het. Die skaal van PRG meet die mate wat 'n persoon geneig is om negatiewe omstandighede op 'n positiewe wyse te herformuleer en dit as 'n groeigeleentheid te sien. Dit impliseer dat die **totale groep** in 'n meerdere mate as die **kontrolegroep** geneig is om anders oor probleme te dink sodat dit meer bruikbaar en hanteerbaar voorkom. Dit kan waarskynlik ook toegeskryf word aan die feit dat die **totale groep** oor meer **konstruktiewe vaardighede** as die **kontrolegroep** beskik. Die skaal van ontkenning (D) en die implikasie daarvan is reeds in die voorafgaande paragraaf bespreek.

Om die **effek** van bogenoemde verskille op die toetsings te bepaal, is d-waardes van 0,29 vir PRG en 0,56 vir D bereken. Volgens Cohen (1969) se kriteria voldoen die d-waarde van PRG aan die kriteria van 'n klein effek en impliseer die d-waarde van D 'n medium effek. Dit beteken dat die verskil wat ten opsigte van ontkenning (D) voorgekom het redelik betekenisvol is, en dat die verskil ten opsigte van positiewe herformulering en groei in 'n geringe mate betekenisvol is.

Die gemiddelde tellings van die **TCIS** in **tabel 13** stem ooreen met die bevindinge van Carver *et al.* (1989) in hul studie met kollegestudente wat rapporteer dat hul eerder van aanpassende copingstrategieë (beplanning en aktiewe coping) gebruik maak as van die wat minder aanpassend is (gedrags- en mentale onttrekking). Gemiddelde tellings in Carver *et al.* (1989) se studie wissel van 1,38 tot 12,58. In hierdie toetsing wissel die tellings van 1,13 tot 14,09 vir die **totale groep** en 1,44 tot 20,80 vir die **kontrolegroep**. Beide groepe maak egter **meer** gebruik van negatiewe copingstrategieë as diegene wat deur Carver *et al.* (1989) betrek is. Dit verklaar waarskynlik waarom polisiebeamptes in beide die **TG** en **KG** steeds 'n hoë mate van stres ervaar (soos geblyk het uit tabel 9).

Vervolgens sal 'n grafiese voorstelling van die totale groep en kontrolegroep se gemiddelde voortoetstellings ten opsigte van die CSI en CRI weergegee word.

GRAFIEK 10: GEMIDDELDE VOORTOETSTELLINGS VAN DIE TOTALE GROEP EN KONTROLEGROEP TEN OPSIGTE VAN DIE CSI EN CRI



Subtoets 1 = Probleemoplossing (PS)
 Subtoets 2 = Soek sosiale ondersteuning (SS)
 Subtoets 3 = Vermydung (A)
 Subtoets 4 = Logiese analise (LA)
 Subtoets 5 = Positiewe herformulering (PR)
 Subtoets 6 = Soek leiding en ondersteuning (SG)

Subtoets 7 = Probleemoplossing (PS)
 Subtoets 8 = Kognitiewe vermyding (CA)
 Subtoets 9 = Aanvaarding of gelatenheid (AR)
 Subtoets 10 = Belonings (SR)
 Subtoets 11 = Emosionele ontlading (ED)

Bogenoemde grafiek is op rekenkundige gemiddeldes gebaseer om algemene tendense of verskille op te merk. Daar behoort dus nie veel statistiese waarde daaraan geheg te word nie.

Volgens **grafiek 11** het die **totale groep** deurlopend hoër tellings as die **kontrolegroep** getoon, behalwe op die skale van (3) vermyding (A), (5) positiewe herformulering (PR), (6) soek leiding en ondersteuning (SG) en (7) probleemoplossing (PS). Hierdie skale meet onderskeidelik die mate wat 'n persoon dit vermy om probleme te hanteer (A), die mate wat 'n persoon negatiewe omstandighede op 'n positiewe wyse herformuleer (PR), die mate wat 'n persoon op ander staat maak vir leiding en ondersteuning (SG) en die mate wat 'n persoon aktief probeer om probleme op te los (PS). Dit impliseer dat die **kontrolegroep** meer geneig is om probleme aktief te vermy (A). Laasgenoemde word bevestig deur afleidings wat uit die **COPE** gemaak is. Soos reeds genoem, kan dit waarskynlik toegeskryf word aan 'n gebrek aan meer konstruktiewe copingvaardighede.

Dit lyk verder asof die **kontrolegroep** meer geneig is om probleme op 'n positiewe wyse te herformuleer en dit aktief te probeer oplos (PR en PS). Laasgenoemde word egter weerspreek deur afleidings wat uit die **COPE** (D, MD, BD) gemaak is. Hiervolgens is die **kontrolegroep**, eerder as die **totale groep**, geneig om van die realiteit van stressore te ontsnap deur hul gedagtes doelbewus van probleme af te lei, sowel as deur die gebruik van alkohol en ander substansie. Volgens PRG van die **COPE** blyk dit ook dat dit eerder die totale groep is wat probleme op 'n positiewe wyse herformuleer en dit as 'n groeigeleentheid sien, aangesien die **kontrolegroep** geneig is om probleme te ontken (A van **CSI** en D van **COPE**). Soos reeds genoem, kan dit waarskynlik ook toegeskryf word aan die feit dat die **totale groep** in 'n meerdere mate van konstruktiewe copingmeganismes gebruik maak. Volgens PR van die **CSI** blyk dit dat die **kontrolegroep** in 'n meerdere mate op die leiding en ondersteuning van ander mense staatmaak. Laasgenoemde word weerspreek deur SIR en SER van die **COPE** en SS van die **CSI** waaruit dit blyk dat die **totale groep** meer geneig is om sosiale ondersteuning te soek. Dit kan waarskynlik toegeskryf word aan die feit dat die **kontrolegroep** meer geneig is om hul probleme te ontken (D van die **COPE** en A van die **CSI**). Aangesien hul "nie probleme het nie" sal hul ook nie op ander mense staatmaak vir hulp en ondersteuning nie. Dit bevestig weereens dat die **kontrolegroep** geneig is om van minder konstruktiewe copingvaardighede gebruik te maak.

Volgens die P-waardes **tabel 13** blyk dit dat daar **statisties** betekenisvolle verskille tussen die **totale groep** en **kontrolegroep** se tellings ten opsigte van **CSI** se skale van (1) probleemoplossing (PR op die 0,01-peil) en (2) soek sosiale ondersteuning (SS p die 0,05-peil) voorgekom het. Hierdie skale meet onderskeidelik die mate wat 'n persoon aktief probeer om probleme op te los (PS) en die mate wat 'n persoon op die hulp en ondersteuning van ander staatmaak (SS). Dit impliseer dat die **totale groep** meer geneig is om probleme aktief te benader en om sosiale ondersteuning van ander te kry. Laasgenoemde bevestig afleidings wat in die voorafgaande paragraaf gemaak is.

Geen statisties betekenisvolle verskille ten opsigte van die **CRI** het voorgekom nie.

Om die **effek** van bogenoemde statisties betekenisvolle verskille op die toetsings te bepaal, is d-waardes van 0,58 vir PS en 0,57 vir SS bereken. Volgens Cohen (1969) voldoen hierdie d-waardes aan die kriteria vir 'n medium effek. Dit beteken dat die verskille wat ten opsigte van probleemoplossing en die soeke na sosiale ondersteuning voorgekom het, redelik betekenisvol is.

Volgens die gemiddelde tellings van die **CSI** in **tabel 13**, blyk dit dat beide die **totale groep** en **kontrolegroep** eerder van probleemoplossing (PS) en soek sosiale ondersteuning (SS) gebruik maak as van vermyding (A). Gemiddelde tellings is egter hoër as die wat deur Wissing en Du Toit (1994) en Wissing en Van Eeden (1994) in hul studies van studente gevind is. Laasgenoemde impliseer dat polisiebeamptes in beide groepe ook soms van negatiewe copingmeganismes gebruik maak wat aanleiding kan gee tot 'n verhoging in stres (soos geblyk het uit gegewens in tabel 9 sowel as die COPE in tabel 13). Dit blyk ook dat die **kontrolegroep** se gemiddelde telling ten opsigte van vermyding (19,92) hoër is as die van die **totale groep** (17,97). Dit impliseer weereens dat diegene in die **kontrolegroep** soms meer van minder aangepaste copingstrategieë (vermyding) gebruik maak wat lei tot 'n verhoogde mate van stres (soos geblyk het uit tabel 9). Dit bevestig afleidings wat uit die **COPE** gemaak is, naamlik dat die **kontrolegroep** meer stres ervaar omdat hul meer dikwels as die **totale groep** van minder effektiewe copingmeganismes gebruik maak.

Uit beide die **totale groep** en **kontrolegroep** se gegewens ten opsigte van die **CRI** in **tabel 9**, blyk dit dat die soek van leiding en ondersteuning (SG) die copingmeganisme is wat die minste gebruik word. Hierdie feit word bevestig deur Pretorius (1998) en Burgers (1994) wat glo dat die polisiebeampte selde hulp soek as gevolg 'n "cowboys don't cry" polisiekuiluur. Volgens die genoemde skrywers beskou polisiebeamptes dit as 'n swakheid om hulp te soek, aangesien hul "sterk" moet wees en hul eie probleme moet kan oplos.

Uit die gegewens van die **CRI** in **tabel 13** blyk dit dat beide die **totale groep** en **kontrolegroep** se gemiddelde tellings ten opsigte van benaderingsreaksies (**TG** = 5,59 en 9,87 en **KG** = 7,00 tot 9,28) heelwat laer is as die gemiddelde tellings wat in 'n studie deur Moos (1993) gevind is, naamlik 8,84 tot 11,01. Daarby is die gemiddelde tellings van vermydingsreaksies in hierdie ondersoek (**TG** = 9,20 tot 10,02 en **KG** = 8,12 tot 9,32) heelwat hoër as die gemiddelde tellings wat respondente in Moos (1993) se studie getoon het, naamlik 3,37 tot 7,24. Laasgenoemde bevestig bevindinge dat polisiebeamptes in beide die **TG** en **KG** soms van negatiewe copingmeganismes gebruik maak wat aanleiding kan gee tot 'n verhoging in stressimptome.

Uit die **COPE**, **CSI** en **CRI** blyk dit dat, alhoewel die gemiddelde tellings ten opsigte van minder aangepaste copingstrategieë hoog is, die polisiebeamptes in beide die **totale groep** en **kontrolegroep** oorwegend van konstruktiewe copingmeganismes gebruik maak. Dit was ook duidelik dat diegene in die **kontrolegroep** meer negatiewe copingmeganismes gebruik as persone in die **totale groep**. Laasgenoemde verklaar waarom die **kontrolegroep** geneig is om meer stres te ervaar.

Vervolgens sal die gemiddelde verskille na die natoetsing ten opsigte van die skale wat copingstrategieë meet, weergegee word.

5.2 Gemiddelde verskille na die natoetstellings ten opsigte van die skale wat copingstrategieë meet.

Beskrywende statistiek (gemiddelde verskille, standaardafwykings, P- en d-waardes) van beide die eksperimentele groep 1 en 2 vir die Cope-vraelys (COPE), Copingstrategie-indikator (CSI) en die Copingresponsvraelys vir volwassenes (CRI) word in tabel 12 weergegee. Beskrywende statistiek vir die totale groep en kontrolegroep ten opsigte van dieselfde skale sal in tabel 13 weergegee word.

TABEL 12: Gemiddelde verskille van eksperimentele groep 1 en 2 ten opsigte van die COPE, CSI en CRI

SKALE EN SUB- SKALE	GROEP 1			GROEP 2		
	verskil	sa	P	verskil	sa	P
COPE						
Aktiewe coping (AC)	0,58	2,44	0,12	0,68	1,91	0,06
Bepanning (P)	0,29	2,49	0,28	0,21	1,84	0,31
Onderdrukking van kompeterende						
Aktiwiteite (SCA)	1,08	2,48	0,04*	0,00	2,84	0,50
Weerhoudingscoping (RC)	0,70	2,45	0,08	0,42	2,36	0,22
Soek sosiale ondersteuning-						
instrumentele redes (SIR)	1,33	2,49	0,01□	0,05	2,29	0,46
Soek sosiale ondersteuning-						
emsionele redes (SER)	1,37	1,90	0,001•	0,84	3,07	0,12
Positiewe herformulering						
en groei (PRG)	1,12	1,94	0,001•	0,00	1,75	0,50
Aanvaarding (A)	1,12	2,38	0,03*	0,84	2,56	0,08
Keer na religie (TTR)	0,45	1,38	0,05*	-0,26	2,02	0,28
Fokus op en ventilering						
van emosies (FVE)	1,20	2,24	0,01□	0,89	2,99	0,10
Ontkenning(D)	-0,16	2,07	0,34	0,73	2,15	0,07
Gedragsonttrekking (BD)	-0,66	2,20	0,07	-0,36	3,05	0,30
Mentale onttrekking (MD)	0,79	1,66	0,05*	-0,68	1,79	0,05*
Alkohol-substansgebruik(ADD)-0,04		0,20	0,16	0,15	0,76	0,19
CSI						
Probleemoplossing (PS)	0,45	2,37	0,17	0,73	2,74	0,12
Soek sosiale						
Ondersteuning (SS)	1,37	3,04	0,03*	0,36	3,05	0,30
Vermydning (A)	0,25	3,73	0,37	-0,52	3,25	0,24
CRI						
Logiese analise (LA)	1,86	4,96	0,05*	0,94	4,36	0,17
Positiewe herformulering(PR)0,23		4,08	0,39	0,31	4,72	0,38
Soek leiding en						
ondersteuning (SG)	0,23	3,49	0,37	2,26	3,47	0,01□
Probleemoplossing (PS)	0,13	3,97	0,43	1,00	3,91	0,14
Kognitiewe vermyding (CA)-0,88		4,12	0,18	-0,84	4,12	0,19
Aanvaarding						
of gelatenheid(AR)	-1,09	3,52	0,08	-1,36	3,20	0,03*
Soek alternatiewe						
belonings(SR)	-0,04	4,06	0,47	-0,26	3,98	0,38
Emosionele ontlading (ED)	-1,27	3,05	0,05*	-0,94	2,95	0,08

* **Beduidend op die 0,05-peil**

□ **Beduidend op die 0,01-peil**

• **Beduidend op die 0,001-peil**

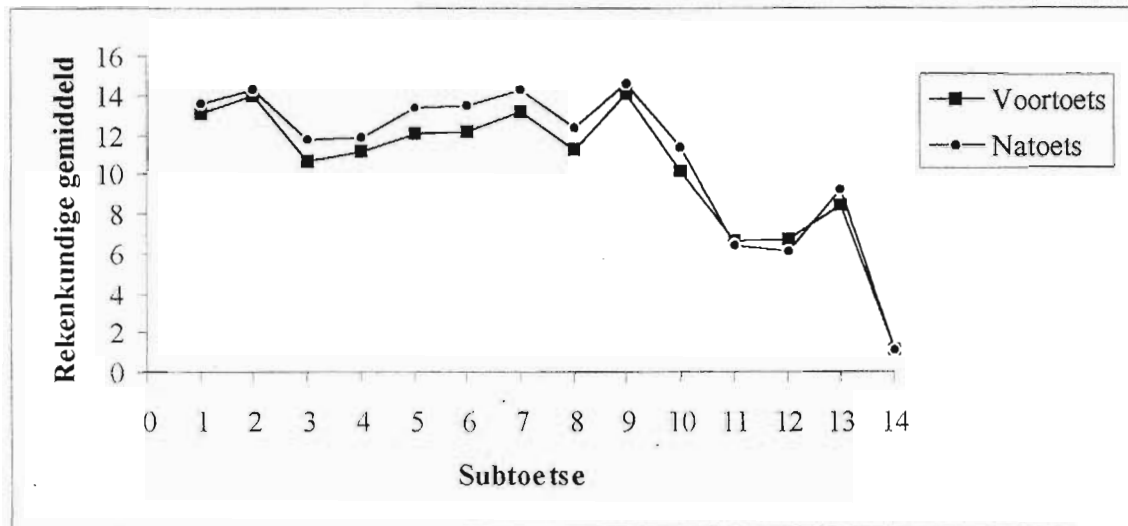
COPE = COPE-Questionnaire

CSI = Coping Strategy Indicator

CRI = Coping Resources Inventory- Adult Form

Vervolgens sal 'n grafiese voorstelling van die voor-natoetstellings van eksperimentele groep 1 ten opsigte van die COPE weergegee word.

**GRAFIEK 11: VOOR-NATOETSTELLINGS VAN EKSPERIMENTELE GROEP
1 TEN OPSIGTE VAN DIE COPE**



Subtoets 1 = Aktiewe coping (AC)

Subtoets 2 = Beplanning (P)

subtoets 3 = Onderdrukking van kompeterende
aktiwiteite (SCA)

Subtoets 4 = Weerhoudingscoping

Subtoets 5 = Soek sosiale ondersteuning-
instrumentele redes (SIR)

Subtoets 6 = Soek sosiale ondersteuning-
emosionele redes (SER)

Subtoets 7 = Positiewe herformulering en groei (PRG)

Subtoets 8 = Aanvaarding (A)

Subtoets 9= Keer na religie (TTR)

Subtoets 10 = Fokus op en venti-
lering van emosies (FVE)

Subtoets 11 = Ontkenning (D)

Subtoets 12 = Gedragsonttrekking (BD)

Subtoets 13 = Mentale onttrekking (MD)

Subtoets 14 = Alkohol-substansgebruik (ADD)

Bogenoemde grafiek is op rekenkundige gemiddeldes gebaseer bloot om tendense en verskille waar te neem. Daar behoort dus nie veel statistiese waarde daaraan geheg te word nie.

Volgens **grafiek 11** het dit geblyk dit eksperimentele **groep 1 (Noordwes)** 'n toename ten opsigte van al die skale getoon het. Geringe afnames het egter op die skale van (12) ontkenning (D), (13) gedragsonttrekking (BD) en (14) alkohol-substansgebruik (ADD) voorgekom. Hierdie skale meet onderskeidelik die mate wat 'n stressor as onwerklik beleef word (D), die mate wat 'n persoon dit sal vermy om 'n stressor aktief te hanteer (BD) en die mate wat 'n persoon probeer om van die realiteit van 'n stressor te ontsnap deur byvoorbeeld die gebruik van alkohol an ander substans (ADD). Dit impliseer dat **groep 1** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram minder geneig was om die realiteit van probleme te ontken en daarvan te probeer ontsnap. Dit kan waarskynlik toegeskryf word aan die feit dat persone in **groep 1** deur middel van die krisisonlontings-opleidingsprogram belangrike konstruktiewe copingvaardighede aangeleer het. Aangesien hul na dese meer bevoeg voel om probleme te hanteer, sal hul minder geneig wees om stressore te ontken en daarvan te probeer ontsnap.

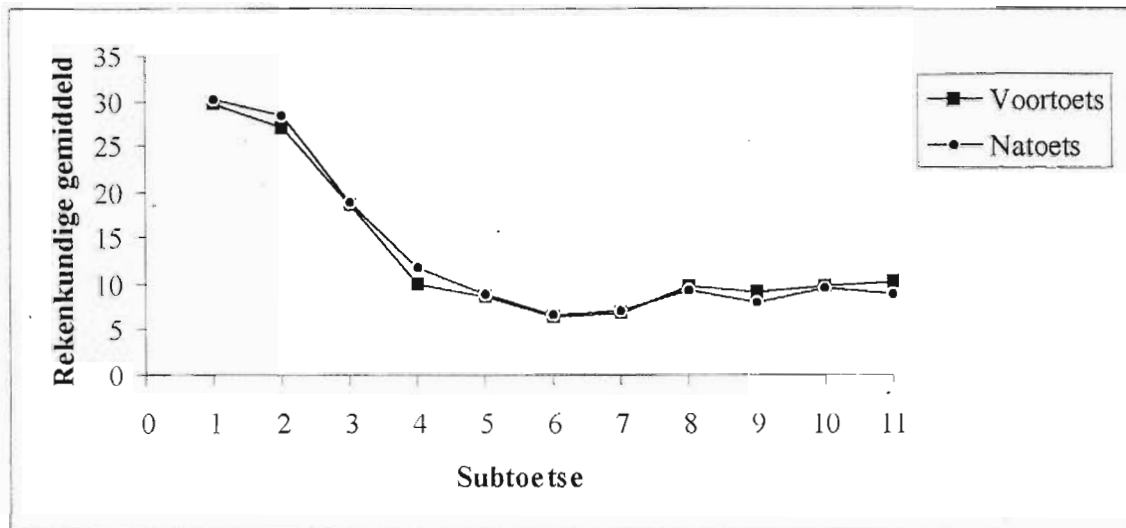
Volgens die P-waardes in **tabel 12** blyk dit dat **groep 1** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram **statisties** betekenisvolle toenames ten opsigte van (3) onderdrukking van kompeterende aktiwiteite (SCA op die 0,05-peil), soek sosiale ondersteuning vir instrumentele redes (SIR op die 0,01-peil), soek sosiale ondersteuning vir emosionele redes (SER op die 0,001-peil), positiewe herformulering en groei (PRG) op die 0,001-peil), aanvaarding (A op die 0,05-peil), keer na religie (TTR op die 0,05-peil), fokus op en ventilering van gevoelens (FVE op die 0,01-peil) en mentale onttrekking (MD op die 0,05-peil) getoon het. Hierdie skale meet onderskeidelik die mate wat projekte tydelik op die agtergrond geskuif word ten einde in staat te wees om eers aan die stressor aandag te gee (SCA), die mate wat 'n persoon op die advies, bystand of inligting van ander staatmaak (SIR en SER), die mate wat 'n persoon stresvolle emosies verminder deur dit op 'n positiewe wyse te herformuleer (PRG), die mate wat 'n persoon 'n stressor as realiteit aanvaar (A), die mate wat 'n persoon troos en antwoorde in godsdiens vind (TTR), die mate wat 'n persoon gevoelens rondom 'n stressor verbaliseer en uitleef (FVE) en die mate wat 'n persoon probeer om sy denke van 'n probleem af te lei (MD). Dit impliseer dat lede van **groep 1** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram meer geneig was om die realiteit van 'n stressor te erken en eers alles

op die agtergrond te skuif sodat daar aandag aan die probleem gegee kan word. Daarby wil dit voorkom asof hul nou meer geneig was om op die advies en ondersteuning van ander mense staat te maak in 'n poging om hul probleme te hanteer. Hul blyk nou ook meer geneig te wees om probleme op 'n positiewe wyse te herformuleer sodat dit meer bruikbaar en hanteerbaarder voorkom. Na afloop van program blyk dit ook dat **groep 1** in 'n meerdere mate geneig is om troos en antwoorde in godsdiens te vind en om gevoelens rondom 'n stressor te verbaliseer en uit te druk. Aangesien **groep 1** na dese probleme moontlik beter hanteer, is hul minder geneig om daarvan te probeer ontsnap deur middel van die gebruik van alkohol en ander substansie. Laasgenoemde skale (SCA, SIR, SER, PRG en A) weerspreek die moontlikheid dat **groep 1** na afloop van die program meer geneig is om van stressore te ontsnap deur hul gedagtes daarvan af te lei (MD). Aangesien die krisisonthoofdings-opleidingsprogram fokus op die persoonlike selfontwikkeling van studente en die aanleer van effektiewe copingstrategieë, kan dit moontlik verklaar waarom daar na afloop van die program 'n toename ten opsigte van die genoemde skale van konstruktiewe coping voorgekom het. Hierdie toename ten opsigte van konstruktiewe copingvaardighede kan moontlik verklaar waarom **groep 1** na afloop van die krisisonthoofdings-opleidingsprogram 'n afname ten opsigte van simptome van stres ervaar het (soos geblyk het uit tabel 8).

Om die **effek** van bogenoemde statisties betekenisvolle verskille op die toetsings te bepaal, is d-waardes van 0,43 vir SCA, 0,53 vir SIR, 0,72 vir SER, 0,57 vir PRG, 0,47 vir A, 0,32 vir TTR, en 0,53 vir FVE bereken. Volgens Cohen (1969) voldoen die d-waardes van SCA, A en TTR aan die kriteria van 'n klein effek en impliseer die d-waardes van SIR, SER, PRG en FVE 'n medium effek. Dit beteken dat die toenames wat ten opsigte van die soek van sosiale ondersteuning vir instrumentele en emosionele redes (SIR en SER), positiewe herformulering en groei (PRG) en die fokus op en ventilering van gevoelens (FVE) redelik betekenisvol is en die toenames ten opsigte van die onderdrukking van kompeterende aktiwiteite (SCA), aanvaarding (A) en die keer na religie (TTR), in 'n geringe mate betekenisvol is.

Vervolgens sal die voor-natoetsellings van eksperimentele groep 1 ten opsigte van die CSI en CRI grafies voorgestel word.

**GRAFIEK 12: VOOR-NATOETSTELLINGS VAN EKSPERIMENTELE GROEP 1
TEN OPSIGTE VAN DIE CSI EN CRI**



Subtoets 1 = Probleemoplossing (PS)

Subtoets 2 = Soek sosiale ondersteuning (SS)

Subtoets 3 = Vermydung (A)

Subtoets 4 = Logiese analise (LA)

Subtoets 5 = Positiewe herformulering (PR)

Subtoets 6 = Soek leiding en ondersteuning (SG)

Subtoets 7 = Probleemoplossing (PS)

Subtoets 8 = Kognitiewe vermyding (CA)

Subtoets 9 = Aanvaarding of gelatenheid (AR)

Subtoets 10 = Belonings (SR)

Subtoets 11 = Emosionele ontlading (ED)

Bogenoemde grafiek is op rekenkundige gemiddeldes gebaseer bloot om uitvalle en algemene tendense waar te neem. Daar behoort dus nie veel statistiese waarde daaraan geheg te word nie.

Volgens **grafiek 12** blyk dit dat **groep 1** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram 'n toename ten opsigte van al die skale behaal het, behalwe vir uitsonderings ten opsigte van (8) kognitiewe vermyding (CA), (9) aanvaarding of gelatenheid (AR), (10) soek alternatiewe belonings (SR) en (11) emosionele ontlading (ED). Hierdie skale meet onderskeidelik die mate wat 'n persoon dit vermy om oor 'n probleem te dink (CA), die mate wat 'n persoon 'n stressor gelate aanvaar (AR), die mate wat 'n persoon die hantering van 'n stressor sal laat vaar om 'n alternatiewe beloning te ontvang (SR) en die mate wat 'n persoon negatiewe gevoelens rondom 'n stressor sal uitdruk (ED). Dit impliseer dat **groep 1** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram minder geneig is om hul gedagtes van 'n stressor te probeer aflei (CA) met ander woorde hul sal 'n probleem aktief hanteer, eerder as om dit net bloot te aanvaar (AR) of 'n alternatiewe beloning daarvoor te soek (SR). Dit blyk ook dat **groep 1** se emosionele plofbaarheid na afloop van die program afgeneem het, met ander woorde hul is na dese minder geneig om negatiewe gevoelens uit te druk (ED). Hierdie gegewens word bevestig deur afleidings wat uit die **COPE** gemaak is (AC, A, BD en MD). Dit kan waarskynlik toegeskryf word aan die feit dat persone in **groep 1** deur middel van die krisisonlontings-opleidingsprogram geleer het hoe om probleme meer effektief te kan hanteer. Hierdie toename in konstruktiewe coping veroorsaak dat minder aanpassende copingstrategieë (CA, AR, SR en ED) minder gebruik word.

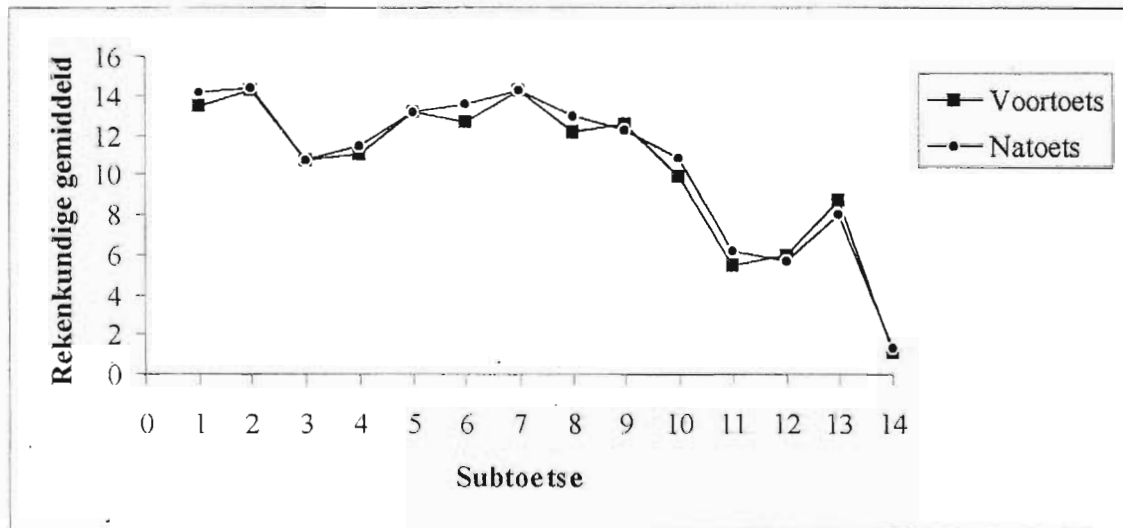
Volgens die P-waardes in **tabel 12** blyk dit dat daar na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram **statisties** betekenisvolle verskille ten opsigte van die **CSI** se soek sosiale ondersteuning (SS) en die **CRI** se logiese analise (LA) op die 0,05-peil voorgekom het. Hierdie skale meet onderskeidelik die mate wat 'n persoon sal uitreik na ander vir hulp en ondersteuning (SS) en die mate wat 'n persoon 'n probleem eers logies sal analiseer voordat hy dit probeer oplos (LA). Dit impliseer dat **groep 1** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram meer geneig was om op die hulp en ondersteuning van ander mense staat te maak. Laasgenoemde word bevestig deur afleidings wat uit die **COPE** gemaak is (SIR en SER). Daarby blyk dit dat **groep 1** na dese eers 'n probleem logies sal benader, voor daar probeer sal word om dit op te los. Weereens kan hierdie veranderinge moontlik aan die krisisonlontings-opleidingsprogram

toegeskryf word. Laasgenoemde het klem geplaas op die konstruktiewe hantering van probleme, wat die logiese analisering van stressore en die soek van sosiale ondersteuning ingesluit het.

Om die **effek** van bogenoemde statisties betekenisvolle verskille op die toetsings te bepaal, is d-waardes van 0,43 vir SS en 0,39 vir LA bereken. Volgens Cohen (1969) voldoen die d-waardes aan die kriteria van 'n klein effek. Dit beteken dat die toenames wat ten opsigte van die soek van sosiale ondersteuning (SS) en logiese analise (LA) voorgekom het, in 'n geringe mate betekenisvol is.

Vervolgens sal 'n grafiese voorstelling van eksperimentele groep 2 se voor-
natoetstellings ten opsigte van die COPE weergegee word.

**GRAFIEK 13: VOOR-NATOETSTELLINGS VAN EKSPERIMENTELE GROEP
2 TEN OPSIGTE VAN DIE COPE**



Subtoets 1 = Aktiewe coping (AC)

Subtoets 2 = Beplanning (P)

Subtoets 3 = Onderdrukking van kompetende
aktiwiteite (SCA)

Subtoets 4 = Weerhoudingscoping

Subtoets 5 = Soek sosiale ondersteuning-
instrumentele redes (SIR)

Subtoets 6 = Soek sosiale ondersteuning-
emosionele redes (SER)

Subtoets 7 = Positiewe herformulering en groei (PRG)

Subtoets 8 = Aanvaarding (A)

Subtoets 9 = Keer na religie (TTR)

Subtoets 10 = Fokus op en venti-
lering van emosies (FVE)

Subtoets 11 = Ontkenning (D)

Subtoets 12 = Gedragsonttrekking (BD)

Subtoets 13 = Mentale onttrekking (MD)

Subtoets 14 = Alkohol-substansgebruik (ADD)

Bogenoemde grafiek is gebaseer op rekenkundige gemiddeldes bloot om algemene tendende of uitsonderings waar te neem. Daar behoort dus nie veel statistiese waarde daaraan geheg te word nie.

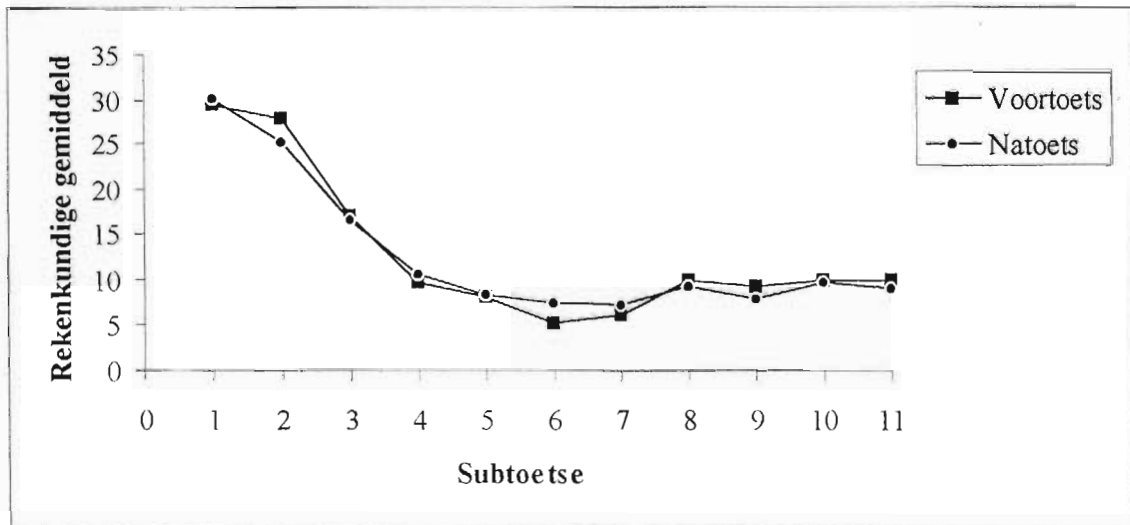
Volgens grafiek 13 blyk dit dat **groep 2 (Wes-Kaap)** na afloop van die krisisonthoelings-opeidingsprogram 'n toename ten opsigte van al die skale van die **COPE** getoon het, behalwe vir 'n soortgelyke telling ten opsigte van (3) onderdrukking van kompetende

aktiwiteite (SCA) en geringe afnames ten opsigte van (8) keer na religie (TTR), (12) gedragsonttrekking (BD) en (13) mentale onttrekking (MD). Die laasgenoemde drie skale meet onderskeidelik die mate wat 'n persoon troos en antwoorde in hul godsdiens vind (TTR), die mate wat 'n persoon dit vermy om aktief te probeer om 'n probleem op te los (BD) en die mate wat 'n persoon probeer om sy denke van 'n probleem af te lei (MD). Dit impliseer dat **groep 2** na afloop van die krisisontlontings-opleidingsprogram minder geneig is om troos en antwoorde in godsdiens (TTR) te vind. Hierdie interessante verskynsel kan moontlik toegeskryf word aan nuwe sterktes en vaardighede (waaronder persoonlike ontwikkeling en konstruktiewe copingvaardighede) wat hul deur middel van die krisisontlontings-opleidingsprogram ontwikkel het. Laasgenoemde vaardighede kan moontlik daartoe aanleiding gee dat persone in **groep 2** na afloop van die program in staat voel om probleme effektief te kan oplos sodat dit nie meer nodig is om soveel troos en antwoorde in hul godsdiens te probeer vind nie. Dit blyk verder dat **groep 2** na afloop van die program minder geneig is om probleme te ontken en die hantering daarvan aktief te vermy (BD en MD). Dit kan moontlik verklaar word deur die feit dat persone in **groep 2** deur middel van die krisisontlontings-opleidingsprogram geleer het om probleme meer konstruktief te hanteer. Gevolglik sal hul na dese probeer om 'n probleem aktief te hanteer, eerder as om dit te vermy.

Volgens die P-waades in **tabel 12** blyk dit dat daar na afloop van die krisisontlontings-opleidingsprogram 'n **statisties** betekensvolle verskil ten opsigte van mentale onttrekking (MD) – wat reeds bespreek is – op die 0,05-peil voorgekom het. Om die praktiese beduidendheid van hierdie verskil te bepaal, is 'n d-waarde van 0,37 vir MD bereken. Volgens Cohen (1969) voldoen hierdie d-waarde aan die kriteria vir 'n klein effek. Dit beteken dat die verskil wat ten opsigte van mentale onttrekking voorgekom het, in 'n geringe mate betekenisvol is.

Vervolgens sal die voor-natoetstellings van eksperimentle groep 2 ten opsigte van die CSI en CRI grafies voorgestel word.

**GRAFIEK 14: VOOR-NATOETSTELLINGS VAN EKSPERIMENTELE GROEP
2 TEN OPSIGTE VAN DIE CSI EN CRI**



Subtoets 1 = Probleemoplossing (PS)
 Subtoets 2 = Soek sosiale ondersteuning (SS)
 Subtoets 3 = Vermydning (A)
 Subtoets 4 = Logiese analise (LA)
 Subtoets 5 = Positiewe herformulering (PR)
 Subtoets 6 = Soek leiding en ondersteuning (SG)

Subtoets 7 = Probleemoplossing (PS)
 Subtoets 8 = Kognitiewe vermyding (CA)
 Subtoets 9 = Aanvaarding of gelatenheid (AR)
 Subtoets 10 = Belonings (SR)
 Subtoets 11 = Emosionele ontlading (ED)

Bogenoemde grafiek is op rekenkundige gemiddeldes gebaseer bloot om verskille en algemene tendense waar te neem. Daar behoort dus nie veel statistiese waarde daaraan geheg te word nie.

Volgens **grafiek 14** blyk dit dat **groep 2** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram 'n toename ten opsigte van skale van konstruktiewe copingvaardighede waaronder (1) PS, (2) SS, (4) LA, (5) PR, (6) SG, (7) PS en 'n afname ten opsigte van skale van minder aanpassende copingvaardighede waaronder (3) A, (8)

CA, (9) AR, (10) SR en (11) ED getoon het. Eersgenoemde skale meet onderskeidelik die mate wat 'n persoon 'n probleem aktief sal oplos (PS en PS), sosiale ondersteuning sal soek (SS en SG) en die mate wat 'n persoon geneig is om 'n probleem logies te analiseer (LA) en positief te herformuleer (PR). Dit impliseer dat **groep 2** na afloop van die program meer geneig is om probleme aktief te benader deur byvoorbeeld 'n probleem logies te analiseer of positief te herformuleer. Daarby blyk hul ook meer geneig te wees om op die leiding en ondersteuning van ander staat te maak. Laasgenoemde bevestig afleidings wat uit die **COPE** gemaak is (AC, SIR, SER, PRG). Die skale van minder aanpassende copingstrategieë meet onderskeidelik die mate wat 'n persoon 'n probleem sal vermy (A en CA) of gelate sal aanvaar (AR), die mate wat 'n persoon alternatiewe belonings sal soek (SR) en die mate wat 'n persoon geneig is om negatiewe gevoelens uit te druk (ED). Dit impliseer dat **groep 2** na afloop van die krisisontlontings-opleidingsprogram minder geneig is om 'n probleem en die hantering daarvan te vermy (A, CA, AR, SR). Laasgenoemde word ook bevestig deur afleidings wat uit die **COPE** gemaak is (D, BD, MD en ADD). Verder blyk dit dat **groep 2** na dese minder geneig is om negatiewe gevoelens uit te druk (ED). Hierdie toenames en afnames van die onderskeie skale kan moontlik toegeskryf word aan die feit dat persone in **groep 2** deur middel van die krisisontlontings-opleidingsprogram geleer het om probleme meer konstruktief te hanteer.

Volgens die P-waardes in **tabel 12** blyk dit dat **groep 2** na afloop van die krisisontlontings-opleidingsprogram 'n **statisties** betekenisvolle verskil ten opsigte van aanvaarding of gelatenheid (AR) – wat reeds bespreek is in voorafgaande paragraaf – op die 0,05-peil getoon het. Om die praktiese beduidendheid van hierdie verskil te bepaal, is 'n d-waarde van 0,42 vir AR bereken. Hierdie d-waarde voldoen aan Cohen (1969) se kriteria vir 'n klein effek. Dit beteken dat die afname wat ten opsigte van aanvaarding op gelatenheid voorgekom het, in 'n geringe mate betekenisvol is.

Opsommenderwys blyk dit dat beide die eksperimentele groepe, maar in 'n meerdere mate **groep 1**, 'n duidelike toename ten opsigte van konstruktiewe copingvaardighede na afloop van die krisisontlontings-opleidingsprogram getoon het. Die feit dat **groep 1** meer

statisties betekenisvolle verskille getoon het kan moontlik toegeskryf word aan die metode van opleiding en/of die unieke eienskappe van aanbieders wat die program in Noordwes aangebied het.

Vervolgens sal die voor-natoetstellings van die totale groep en kontrolegroep te opsigte van die skale wat copingstrategieë meet, in tabel 13 weergegee word.

TABEL 13: Gemiddelde verskille van die totale groep en kontrolegroep ten opsigte van die COPE, CSI en CRI.

SKALE EN SUB- SKAL	TOTALE GROEP			KONTROLEGROEP		
	verskil	sa	P	verskil	sa	P
COPE						
Aktiewe coping (AC)	0,02	2,29	0,47	0,48	1,53	0,13
Probleemoplossing (P)	0,25	2,20	0,22	-0,20	1,11	0,38
Onderdrukking van kompeterende aktiwiteite (SCA)	0,60	2,67	0,07	0,24	1,45	0,41
Weerhoudingscoping (RC)	0,58	2,39	0,05*	0,12	1,50	0,69
Soek sosiale ondersteuning-instrumentle redes (SIR)	0,72	2,48	0,03*	0,12	1,87	0,75
Soek sosiale ondersteuning-emosionele redes (SER)	1,13	2,47	0,001•	0,12	2,55	0,81
Positiewe herformulering en groei (PRG)	0,62	1,92	0,03*	0,36	1,91	0,35
Aanvaarding (A)	1,00	2,43	0,01□	-0,20	1,97	0,61
Keer na religie (TTR)	0,13	1,71	0,29	0,16	1,51	0,60
Fokus op en ventilering van emosies (FVE)	1,06	2,57	0,001•	0,32	2,41	0,51
Ontkenning (ID)	0,23	2,13	0,23	0,72	1,79	0,06
Gedragsonttrekking (BD)	-0,53	1,90	0,03*	0,80	2,10	0,06
Mentale onttrekking (MD)	0,13	1,85	0,31	0,68	1,65	0,06
Alkohol-substangebruik(ADD)	0,04	0,53	0,28	0,00	0,50	1,00
CSI						
Probleemoplossing (PS)	-0,06	2,58	0,43	0,48	5,13	0,64
Soek sosiale ondersteuning (SS)	0,60	3,14	0,10	0,08	3,22	0,90
Vermydning (A)	-0,09	3,51	0,43	0,56	4,06	0,49
CRI						
Logiese analise (LA)	1,43	4,66	0,05*	0,80	3,36	0,24
Positiewe herformulering (PR)	0,02	4,35	0,48	0,40	3,54	0,57
Soek leiding en ondersteuning (SG)	0,95	3,66	0,05*	-0,25	3,17	0,70
Probleemoplossing (PS)	0,53	3,92	0,19	-0,52	2,83	0,36
Kognitiewe vermyding (CA)	-0,86	4,06	0,10	1,00	3,05	0,11
Aanvaarding of gelatenheid (AR)	-1,22	3,33	0,02*	0,72	2,05	0,09
Soek alternatiewe belonings (SR)	-0,15	3,97	0,40	0,28	3,14	0,66
emosionele ontlading (ED)	-1,12	2,97	0,02*	1,13	2,66	0,04*

* **Beduidend op die 0,05-peil**

□ **Beduidend op die 0,01-peil**

• **Beduidend op die 0,001-peil**

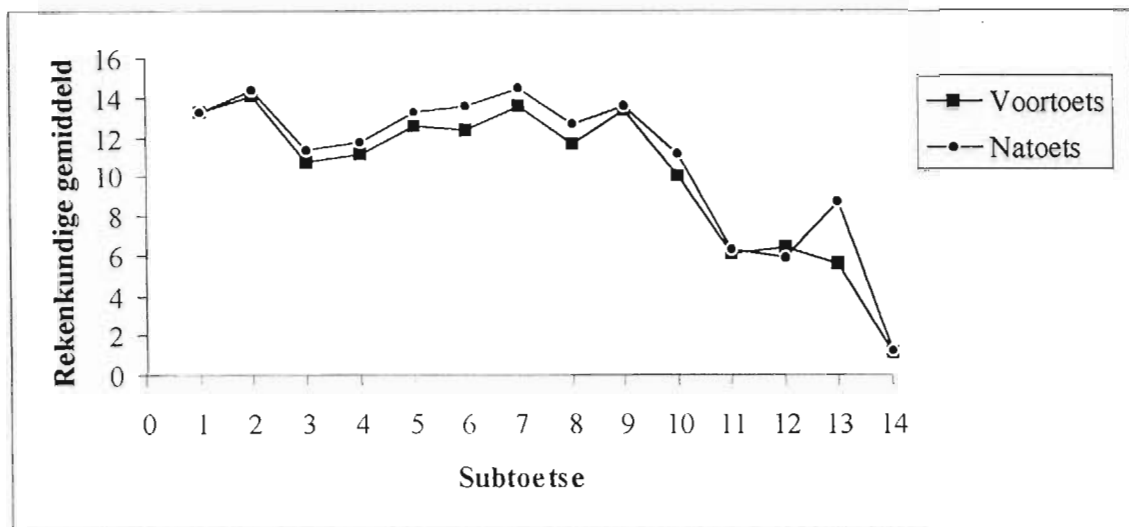
COPE = COPE-Questionnaire

CSI = Coping Strategy Indicator

CRI = Coping Resources Inventory- Adult Form

Vervolgens sal 'n grafiese voorstelling van die voor-natoetstellings van die totale groep ten opsigte van die COPE weergegee word.

GRAFIEK 15: VOOR-NATOETSTELLINGS VAN DIE TOTALE GROEP TEN OPSIGTE VAN DIE COPE



Subtoets 1 = Aktiewe coping (AC)

Subtoets 2 = Beplanning (P)

Subtoets 3 = Onderdrukking van kompeterende aktiwiteite (SCA)

Subtoets 4 = Weerhoudingscoping

Subtoets 5 = Soek sosiale ondersteuning-instrumentele redes (SIR)

Subtoets 6 = Soek sosiale ondersteuning-emosionele redes (SER)

Subtoets 7 = Positiewe herformulering en groei (PRG)

Subtoets 8 = Aanvaarding (A)

Subtoets 9 = Keer na religie (TTR)

Subtoets 10 = Fokus op en ventilering van emosies (FVE)

Subtoets 11 = Ontkenning (D)

Subtoets 12 = Gedragsonttrekking (BD)

Subtoets 13 = Mentale onttrekking (MD)

Subtoets 14 = Alkohol-substansgebruik (ADD)

Bogenoemde grafiek is op rekenkundige gemiddeldes gebaseer bloot om uitvalle en algemene tendense waar te neem. Daar behoort dus nie veel statistiese waarde daaraan geheg te word nie.

Volgens **grafiek 15** blyk dit dat die **totale eksperimentele groep** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram 'n toename ten opsigte van al die skale, behalwe vir (12) gedragsonttrekking (BD) getoon het. Laasgenoemde skaal meet die mate wat 'n persoon dit vermy om aktief 'n probleem op te los. Dit impliseer dat die **totale groep** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram minder geneig was om die hantering van probleme aktief te vermy. Dit kan waarskynlik toegeskryf word aan konstruktiewe copingvaardighede wat deur middel van die krisisonlontings-opleidingsprogram aangeleer is. Aangesien hul nou meer bevoeg voel om probleme te hanteer, sal hul minder geneig wees om die hantering daarvan te vermy.

Volgens die P-waardes in **tabel 13** blyk dit dat die **totale groep** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram **statisties** betekenisvolle verskille ten opsigte van weerhoudingscoping (RC), soek van sosiale ondersteuning vir instrumentele en emosionele redes (SIR en SER), positiewe herformulering en groei (PRG), aanvaarding (A), fokus op en ventilering van emosies (FVE) en gedragsonttrekking (BD) getoon het. Hierdie skale meet onderskeidelik die mate wat 'n persoon wag vir die regte geleentheid om die probleem op te los (RC), die mate wat 'n persoon uitreik na ander mense vir advies, bystand of morele ondersteuning (SIR en SER), die mate wat 'n persoon stresvolle emosies verminder deur dit op 'n positiewe wyse te herformuleer (PRG), die mate wat 'n persoon die realiteit van 'n stressor aanvaar (A) en die mate wat 'n persoon gevoelens rondom 'n stressor verbaliseer en uitdruk (FVE). Die skaal van gedragsonttrekking is reeds in die voorafgaande paragraaf bespreek. Tellings op die genoemde skale impliseer dat die **totale groep** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram meer geneig is om stressore as 'n realiteit te aanvaar (A) en om te wag vir die regte geleentheid om dit te kan hanteer (RC). Dit blyk ook dat hul na dese meer geneig is om stressore op 'n positiewe wyse te herformuleer (PRG) en om op die hulp en ondersteuning van ander staat te maak (SER en SIR). Hul blyk ook nou meer geneig te wees om hul gevoelens rondom 'n stressor te verbaliseer en uit te leef (FVE). Hierdie verskille kan waarskynlik toegeskryf word aan die krisisonlontings-opleidingsprogram wat veral klem gelê het op traumabestuur, selfontwikkeling en die aanleer van konstruktiewe copingvaardighede. Laasgenoemde vaardighede kan daartoe aanleiding

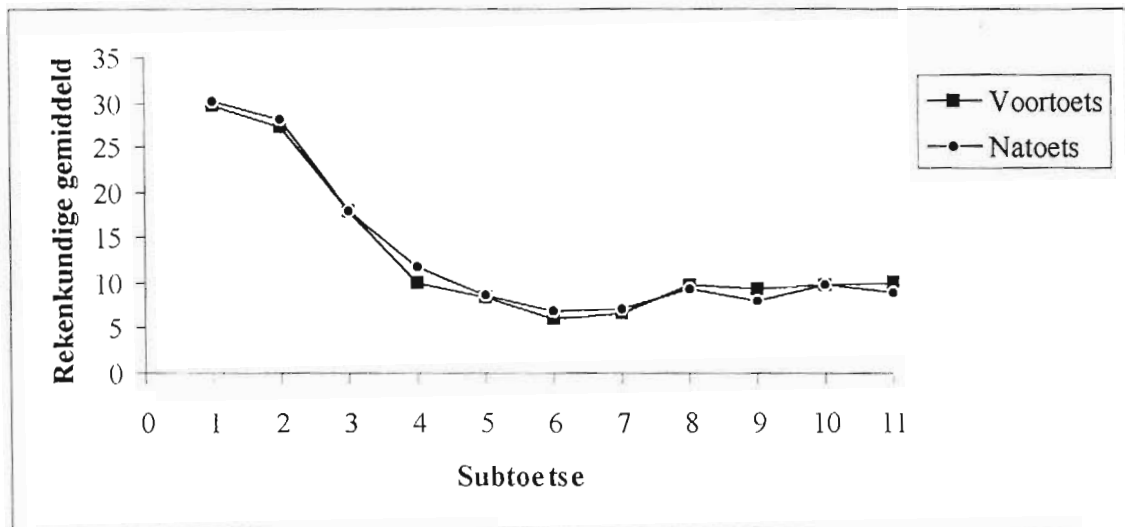
gee dat probleme beter hanteer word en minder stres ervaar word (soos geblyk het uit tabel 9).

Om die **effek** van die statisties betekenisvolle verskille op die toetsings te bepaal, is d-waardes van 0,24 vir RC, 0,29 vir SIR, 0,45 vir SER, 0,35 vir PRG, 0,41 vir A, 0,41 vir FVE en 0,27 vir BD bereken. Die genoemde d-waardes voldoen aan Cohen (1969) se kriteria vir 'n klein effek. Dit beteken dat die verskille wat ten opsigte van weerhoudingscoping, die soek van sosiale ondersteuning vir instrumentele en emosionele redes, positiewe herformulering en groei, aanvaarding, fokus op en ventilering van gevoelens en gedragsonttrekking plaasgevind het, in 'n geringe mate betekenisvol is.

Opsommenderwys is dit duidelik dat die **totale eksperimentele groep** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram 'n algemene verhoging ten opsigte van konstruktiewe copingvaardighede getoon het.

Vervolgens sal die voor-natoetstellings van die totale eksperimentele groep ten opsigte van die CSI en CRI grafies voorgestel word.

GRAFIEK 16: VOOR-NATOETSTELLINGS VAN DIE TOTALE GROEP TEN OPSIGTE VAN DIE CSI EN CRI



Subtoets 1 = Probleemoplossing (PS)

Subtoets 2 = Soek sosiale ondersteuning (SS)

Subtoets 3 = Vermydning (A)

Subtoets 4 = Logiese analise (LA)

Subtoets 5 = Positiewe herformulering (PR)

Subtoets 6 = Soek leiding en ondersteuning (SG)

Subtoets 7 = Probleemoplossing (PS)

Subtoets 8 = Kognitiewe vermyding (CA)

Subtoets 9 = Aanvaarding of gelatenheid (AR)

Subtoets 10 = Belonings (SR)

Subtoets 11 = Emosionele ontlading (ED)

Bogenoemde grafiek is op rekenkundige gemiddeldes gebaseer bloot om algemene tendense en verskille waar te neem. Daar behoort dus nie veel statistiese waarde daaraan geheg te word nie.

Volgens grafiek 16 blyk dit dat die **totale groep** na afloop van die krisisonthoelings-opleidingsprogram 'n toename ten opsigte van al die skale, behalwe ten opsigte van (3) vermyding (A), (8) kognitiewe vermyding, (9) aanvaarding of gelatenheid (AR), (10) belonings (SR) en (11) emosionele ontlading (ED) getoon het. Hierdie skale meet

onderskeidelik die mate wat 'n persoon die hantering van 'n stressor vermy (A), die mate wat 'n persoon sy gedagtes van 'n probleem probeer aflei (CA), die mate wat 'n persoon 'n stressor gelate aanvaar (AR), die mate wat 'n persoon 'n alternatiewe beloning sal soek eerder as om die probleem te hanteer (SR) en die mate wat 'n persoon geneig is om negatiewe gevoelens uit te druk (ED). Dit impliseer dat die **totale groep** na afloop van die krisisonthoelings-opleidingsprogram minder geneig is om stressore en die hantering daarvan te vermy. Laasgenoemde bevestig afleidings wat uit die **COPE** gemaak is (AC, A, BD en MD). Hul blyk ook na dese minder geneig te wees om negatiewe gevoelens uit te druk. Al die genoemde veranderinge kan waarskynlik toegeskryf word aan die krisisonthoelings-opleidingsprogram wat klem gelê het op die aanleer van konstruktiewe copingvaardighede. Aangesien hul geleer het om probleme effektief te kan hanteer, word minder aanpassende copingstrategieë ook minder gebruik.

Volgens die P-waardes in **tabel 13** blyk dit dat die **totale groep** na afloop van die krisisonthoelings-opleidingsprogram **statisties** betekenisvolle veranderinge ten opsigte van logiese analise (LA), soek leiding en ondersteuning (SG), aanvaarding of gelatenheid (AR) en emosionele ontlading (ED) op die 0,05-peil getoon het. Die onderskeie skale van AR en ED is reeds in die voorafgaande paragraaf bespreek. Die skale van LA en SG meet onderskeidelik die mate wat 'n persoon 'n probleem eers logies sal analiseer voordat hy dit hanteer (LA) en die mate wat 'n persoon op die leiding en ondersteuning van ander staatmaak (SG). Dit impliseer dat **totale groep** na afloop van die krisisonthoelings-opleidingsprogram meer geneig is om probleme op 'n logiese wyse te benader en om van die hulp, bystand en ondersteuning van ander gebruik te maak. Dit kan waarskynlik ook aan die krisisonthoelings-opleidingsprogram toegeskryf word, aangesien studente opleiding ontvang het ten opsigte van traumabestuur en die konstruktiewe hantering van probleme. Hierdie bevoegdhede kan dus aanleiding gee daartoe dat persone in **totale groep** probleme meer logies benader en meer van die hulp en ondersteuning van ander mense gebruik maak.

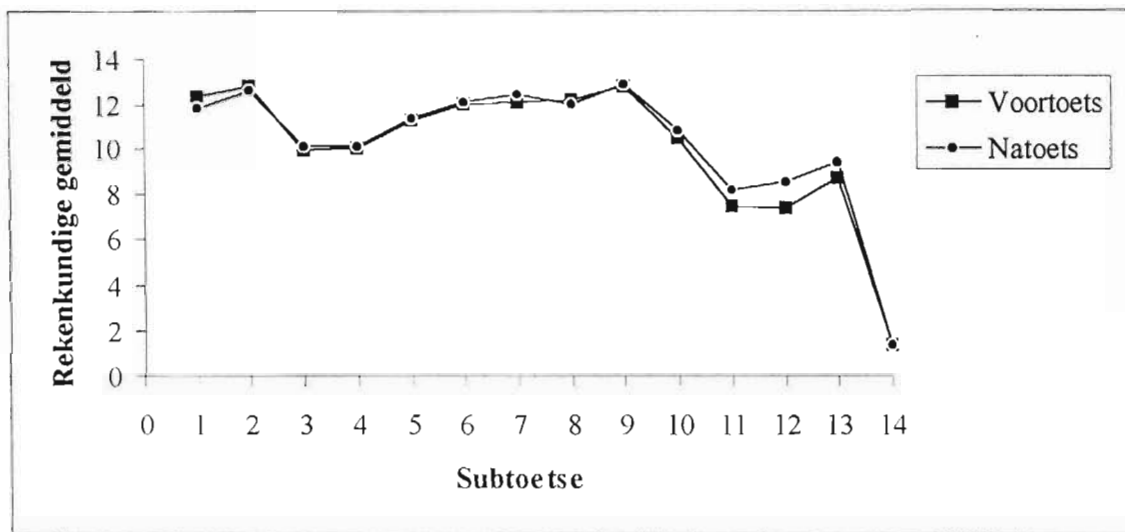
Om die **effek** van bogenoemde statisties betekenisvolle verskille op die toetsings te bepaal, is d-waardes van 0,30 vir LA, 0,25 vir SG, 0,37 vir AR en 0,37 vir ED bereken.

Hierdie waardes voldoen aan Cohen (1969) se kriteria vir 'n klein effek. Dit beteken dat die verskille wat ten opsigte van logiese analise, die soek van leiding en ondersteuning, aanvaarding of gelantenheid en emosionele ontlading voorgekom het, in 'n geringe mate betekenisvol is.

Opsommenderwys is dit duidelik dat die totale eksperimentele groep na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram 'n toename ten opsigte van konstruktiewe vaardighede getoon het.

Vervolgens sal die voor-natoetstellings van die kontrolegroep ten opsigte van die COPE grafies voorgestel word.

**GRAFIEK 17: VOOR-NATOETSTELLINGS VAN DIE KONTROLEGROEP
TEN OPSIGTE VAN DIE COPE**



Subtoets 1 = Aktiewe coping (AC)

Subtoets 2 = Beplanning (P)

subtoets 3 = Onderdrukking van kompetende
aktiwiteite (SCA)

Subtoets 4 = Weerhoudingscoping

Subtoets 5 = Sock sosiale ondersteuning-
instrumentele redes (SIR)

Subtoets 6 = Sock sosiale ondersteuning-
emosionele redes (SER)

Subtoets 7 = Positiewe herformulering en groei (PRG)

Subtoets 8 = Aanvaarding (A)

Subtoets 9= Keer na religie (TTR)

Subtoets 10 = Fokus op en venti-
lering van emosies (FVE)

Subtoets 11 = Ontkenning (D)

Subtoets 12 = Gedragsonttrekking (BD)

Subtoets 13 = Mentale onttrekking (MD)

Subtoets 14 = Alkohol-substansgebruik (ADD)

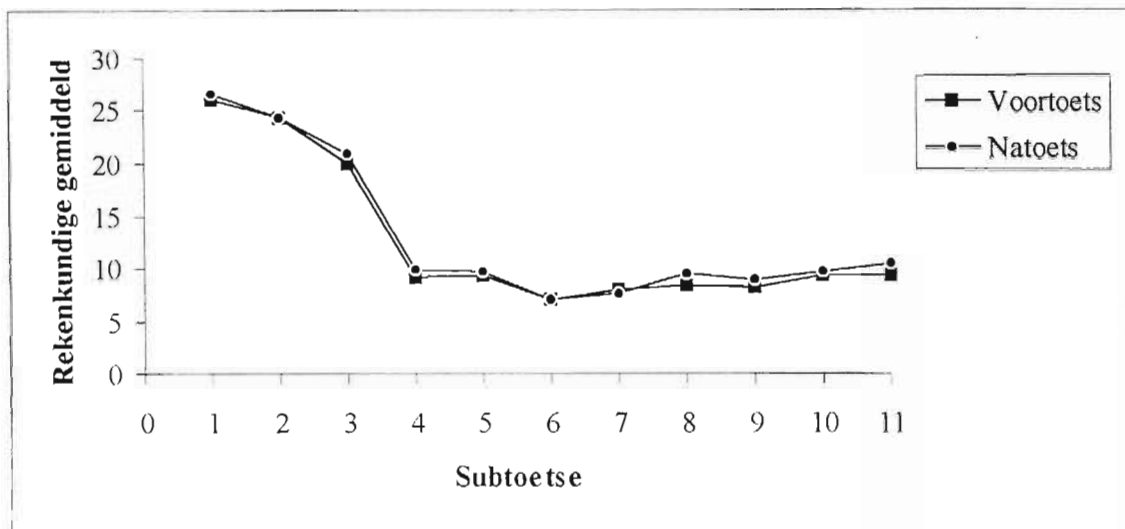
Bogenoemde grafiek is op rekenkundige gemiddeldes gebaseer om bloot verskille en algemene tendense waar te neem. Daar behoort dus nie veel statistiese waarde daaraan geheg te word nie.

Volgens **grafiek 17** blyk dit dat die **kontrolegroep** na 'n verloop van tyd 'n geringe toename te opsigte van al die skale, behalwe (2) beplanning (P) en (8) aanvaarding (A) getoon het. Hierdie skale meet onderskeidelik die mate wat 'n persoon doelbewus aan die hantering van 'n stressor dink (P) en die mate wat 'n persoon die realiteit van 'n stressor aanvaar (A). Dit impliseer dat die **kontrolegroep** na 'n verloop van tyd selfs minder geneig is om die realiteit van stressore te aanvaar en om dit doelbewus te probeer hanteer. Dit kan waarskynlik verklaar word deur die feit dat persone in die **kontrolegroep** – anders as die **totale groep** - gedurende die tydperk tussen die voor- en natoetsing geen opleiding ten opsigte van selfontwikkeling en konstruktiewe coping ontvang het nie. Gevolglik voel hul steeds nie in staat om probleme effektief te kan hanteer nie, wat aanleiding kan gee tot 'n verhoging in die vermyding van die hantering van stressore. Laasgenoemde kan 'n verhoging in stres veroorsaak (soos geblyk het uit tabel 9).

Volgens die P-waardes in **tabel 13** blyk dit dat die **kontrolegroep** na 'n verloop van tyd geen **statisties** betekenisvolle verskille ten opsigte van die **COPE** getoon het nie.

Vervolgens sal die kontrolegroep se voor-natoetstellings ten opsigte van die CSI en CRI grafies voorgestel word.

**GRAFIEK 18: VOOR-NATOETSTELLINGS VAN DIE KONTROLEGROEP
TEN OPSIGTE VAN DIE CSI EN CRI**



Subtoets 1 = Probleemoplossing (PS)

Subtoets 2 = Soek sosiale ondersteuning (SS)

Subtoets 3 = Vermydning (A)

Subtoets 4 = Logiese analise (LA)

Subtoets 5 = Positiewe herformulering (PR)

Subtoets 6 = Soek leiding en ondersteuning (SG)

Subtoets 7 = Probleemoplossing (PS)

Subtoets 8 = Kognitiewe vermyding (CA)

Subtoets 9 = Aanvaarding of gelatenheid (AR)

Subtoets 10 = Belonings (SR)

Subtoets 11 = Emosionele ontlading (ED)

Bogenoemde grafiek is op rekenkundige gemiddeldes gebaseer bloot om algemene tendense en uitvalle waar te neem. Daar behoort dus nie veel statistiese waarde daaraan geheg te word nie.

Volgens **grafiek 18** blyk dit duidelik dat die **kontrolegroep** na 'n verloop van tyd 'n geringe toename ten opsigte van al die skale getoon het, behalwe dat hulle verminderinge ten opsigte van (6) soek leiding en ondersteuning en (7) probleemoplossing (PS) getoon het. Hierdie skale meet onderskeidelik die mate wat 'n persoon op die leiding en

ondersteuning van ander staatmaak (SG) en die mate wat 'n persoon aktief probeer om 'n probleem op te los (PS). Dit impliseer dat die **kontrolegroep** na 'n verloop van tyd selfs meer geneig is om die hantering van probleme aktief te vermy en om nie van die hulp en ondersteuning van ander gebruik te maak nie. Laasgenoemde word bevestig deur tellings wat op die **COPE** (AC, SIR, SER, BD, MD) en die **CSI** (PS, SS, A) behaal is. Dit kan waarskynlik toegeskryf word aan 'n gebrek aan die nodige konstruktiewe vaardighede. Laasgenoemde kan aanleiding gee tot die vermyding van probleme, omdat hul nie weet hoe om dit effektief te kan hanteer nie. Hul raak dan selfs meer in hulself gekeer aangesien hul ook nie die nodige leiding en ondersteuning van ander mense ontvang nie. Hierdie vermyding kan aanleiding gee tot 'n verhoging in stres (soos geblyk het uit tabel 9).

Volgens die P-waardes in **tabel 13** blyk dit dat die **kontrolegroep** na 'n verloop van tyd 'n **statisties** betekenisvolle toename ten opsigte van emosionele ontlading (ED) getoon het. Hierdie skaal meet die mate wat 'n persoon geneig is om negatiewe gevoelens uit te druk. Dit impliseer dat die **kontrolegroep** na 'n verloop van tyd selfs meer geneig was om negatiewe gevoelens rondom 'n stressor uit te druk. Dit kan waarskynlik toegeskryf word aan die feit dat probleme tans op minder aanpassende wyses hanteer word. Hierdie gebrek aan konstruktiewe copingvaardighede veroorsaak 'n verhoging in stres (soos geblyk het uit tabel 9) wat aanleiding kan gee tot 'n oormaat negatiewe gevoelens en frustrasies wat fisies uitgedruk word.

Om die **effek** van bogenoemde verskil te op die toetsings te bepaal, is 'n d-waarde van 0,42 vir ED bereken. Volgens Cohen (1969) voldoen hierdie d-waarde aan die kriteria vir 'n klein effek. Dit beteken dat die toename wat ten opsigte van emosionele ontlading voorgekom het, in 'n geringe mate betekenisvol is.

Opsommenderwys blyk dit dat die **kontrolegroep** na 'n verloop van tyd selfs 'n afname in konstruktiewe copingvaardighede getoon het.

Aangesien die kontrolegroep na 'n verloop van tyd geen statistiese betekenisvolle toenames ten opsigte van die skale van konstruktiewe copingvaardighede getoon het nie, kan aanvaar word dat die statisties betekenisvolle toenames wat by die eksperimentele groepe voorgekom het, aan die krisisonthoofings-opleidingsprogram toegeskryf kan word.

6. KONKLUSIE

Volgens die voortoetstellings ten opsigte van die skale wat copingstrategieë meet, was dit duidelik dat, alhoewel die gemiddelde tellings ten opsigte van minder aanpassende copingstrategieë hoog is, die polisiepersoneel wat aan hierdie ondersoek deelgeneem het, oorwegend van konstruktiewe copingmeganismes gebruik gemaak het. Dit was ook duidelik dat persone in die kontrolegroep meer negatiewe copingmeganismes gebruik as persone in die totale groep.

Na afloop van die krisisonthoofings-opleidingsprogram het groep 1 statisties betekenisvolle toenames ten opsigte van die onderdrukking van kompeterende aktiwiteite (SCA), soek sosiale ondersteuning vir instrumentele en emosionele redes (SIR, SER en SS), positiewe herformulering en groei (PRG), aanvaarding (A), keer na religie (TTR), die fokus op en ventilering van gevoelens (FVE) en logiese analise (LA) getoon. Hierdie groep het ook 'n statisties betekenisvolle vermindering ten opsigte van mentale onttrekking (MD) getoon. Groep 2 het na afloop van die program statisties betekenisvolle verminderings ten opsigte van mentale onttrekking (MD) en aanvaarding of gelatenheid (AR) getoon. Die eksperimentele groep het as totaal 'n statisties betekenisvolle verhoging ten opsigte van weerhoudingscoping (RC), soek van sosiale ondersteuning vir instrumentele en emosionele redes (SIR, SER en SG), positiewe herformulering en groei (PRG), aanvaarding (A), fokus op en ventilering van gevoelens (FVE) en logiese analise (LA) getoon. Die totale groep het verder ook 'n statisties betekenisvolle vermindering ten opsigte van mentale onttrekking (MD), aanvaarding of gelatenheid (AR) en emosionele ontlading (ED) getoon. Die kontrolegroep het na 'n verloop van tyd slegs 'n statisties betekenisvolle verhoging ten opsigte van die minder aanpassende emosionele ontlading (ED) getoon. Aangesien die kontrolegroep na 'n

verloop van tyd geen statisties betekenisvolle verhogings ten opsigte van konstruktiewe vaardighede getoon het nie, kan aanvaar word dat die positiewe veranderinge wat by die eksperimentele groepe voorgekom het aan die krisisonlontings-opleidingsprogram toegeskryf kan word.

Volgens bogenoemde gegewens en algemene tendense van verhoging op die grafieke, kan die **alternatiewe hipotese** dus aanvaar word, met ander woorde die krisisonlontings-opleidingsprogram veroorsaak wel 'n toename in die toekomstige krisiswaerker se konstruktiewe copingvaardighede.

7. HIPOTESE 3

- **Nulhipotese:** Die krisisonlontings-opleidingsprogram veroorsaak nie 'n betekenisvolle verhoging in die toekomstige krisiswaerker se mate van psigologiese welsyn nie.
- **Alternatiewe hipotese:** Die krisisonlontings-opleidingsprogram veroorsaak wel 'n betekenisvolle verhoging in die toekomstige krisiswaerker se mate van psigologiese welsyn.

7.1 Voortoeftellings ten opsigte van skale wat psigologiese gesondheid meet

Beskrywende statistiek (gemiddeldes, standaardafwykings en P-waardes) van beide die eksperimentele groepe vir die koherensieskaal (SOC), lewenstevredenheidsvraelys (SWLS) en die affektometer (AFM) word in tabel 14 weergegee. Beskrywende statistiek vir die totale sowel as die kontrolegroep ten opsigte van dieselfde skale word in tabel 15 weergegee.

TABEL 14: Bekrywende statistiek vir die voortoetstellings van die SOC, SWLS en AFM soos verkry by eksperimentele groep 1 en 2

SKALE EN SUBSKALE	GROEP 1		GROEP 2		P
	gem	sa	gem	sa	
SOC	147,1	26,7	157,8	19,18	0,80
SWLS	25,29	5,98	27,15	3,64	0,001•
AFM					
Negatiewe affek (NA)	40,45	9,07	43,68	2,51	0,20
Potitiewe affek (PA)	38,95	5,09	41,78	3,01	0,11
Pos-neg-affekbalans (PNB)	-1,50	9,09	-1,89	2,76	0,98

• **Beduidend op die 0,001-peil**

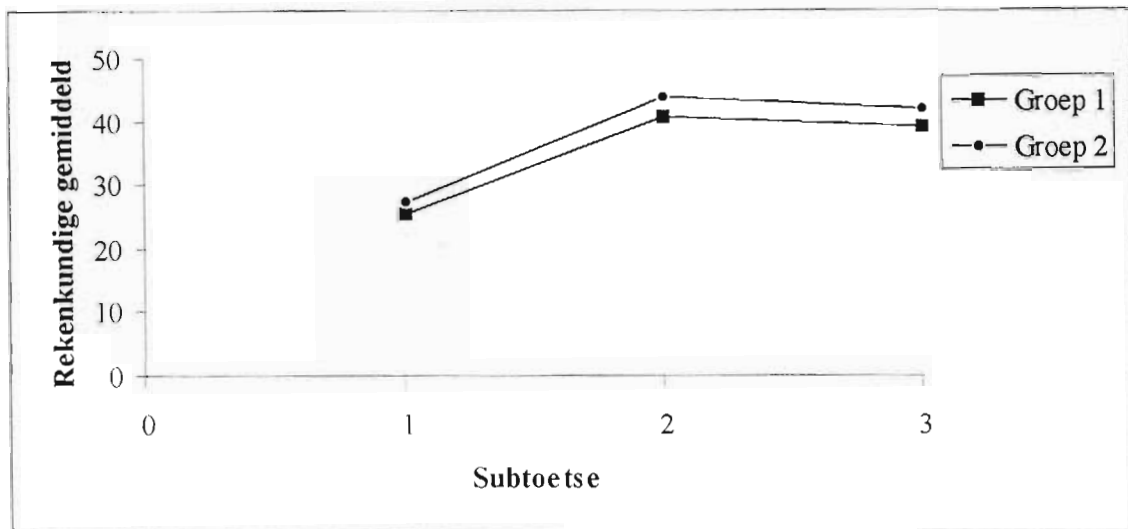
SOC = Sense of Coherence

SWLS = Satisfaction With Life Scale

AFM = Affectometer

Vervolgens sal die gemiddelde voortoetstellings van eksperimentele groep 1 en 2 ten opsigte van die SWLS en AFM grafies voorgestel word.

**GRAFIEK 19: GEMIDDELDE VOORTOETSTELLINGS VAN
EKSPERIMENTELE GROEP 1 EN 2 TEN OPSIGTE
VAN DIE SWLS EN AFM**



Subtoets 1 = SWLS (Satisfaction With Life scale)
 Subtoets 2 = Positiewe affek (PA)
 Subtoets 3 = Negatiewe affek (NA)

Bogenoemde grafiek is op rekenkundige gemiddeldes gebaseer bloot om algemene tendense en verskille waar te neem. Daar behoort dus nie veel statistiese waarde daaraan geheg te word nie.

Uit **grafiek 19** blyk dit dat, alhoewel eksperimentele **groep 1** en **2** soortgelyke tendense getoon het, **groep 2** egter deurlopend hoër tellings ten opsigte van die **SWLS**, positiewe affek (PA) en negatiewe affek (NA) behaal het. Hierdie skale meet onderskeidelik 'n persoon se globale lewenstevredenheid (**SWLS**), asook die mate van positiewe (PA) en negatiewe (NA) gevoelens wat 'n persoon ervaar. Dit impliseer dat persone in **groep 2** 'n groter mate van globale lewenstevredenheid as **groep 1** ervaar. Laasgenoemde word

bevestig deur tellings wat ten opsigte van die **SOC** in **tabel 16** behaal is. Daarby blyk dit dat hul ook geneig is om meer positiewe én negatiewe gevoelens as **groep 1** te ervaar. Hierdie twee groepe se hoë mate van lewenstevredenheid, oftewel psigologiese welsyn, is 'n interessante verskynsel as in ag geneem word dat die polisielid 'n geweldige stresvolle beroep beoefen en dikwels aan ekstreme situasies blootgestel word (Wilson, 1993). Aangesien daar, volgens Moos en Swindle (1993), 'n definitiewe verband is tussen die konstruktiewe copingvaardighede van 'n persoon en die mate van psigologiese welsyn wat hy ervaar, kan aanvaar word dat persone in beide die groepe 'n groter mate van lewenstevredenheid ervaar omdat hul geneig is om in 'n meerdere mate van konstruktiewe copingvaardighede gebruik te maak (soos geblyk uit **tabel 10**). **Groep 2** ervaar waarskynlik 'n hoër mate van psigologiese welsyn, omdat hul oor die algemeen hoër tellings ten opsigte van skale van konstruktiewe coping behaal het (soos geblyk het uit **tabel 10**). Volgens die positief-negatief-afekbalans (PNA) van die **AFM** in **tabel 14** blyk dit dat persone in beide die eksperimentele groepe geneig is om soms meer negatiewe as positiewe gevoelens te ervaar. Dit kan waarskynlik toegeskryf word aan die feit dat persone in beide groepe soms van minder aanpassende copingmeganismes gebruik maak. Laasgenoemde kan 'n verhoging in stres veroorsaak wat weer aanleiding daartoe kan gee dat meer negatiewe gevoelens ervaar word.

Gemiddelde tellings van die **SOC** en die **AFM** se positief-negatief-afekbalans (PNA) is nie op die grafiek verreken nie, aangesien die **SOC** uit 'n enkele, hoë waarde bestaan en omdat die PNA-skaal 'n gemiddelde verskil aandui.

Volgens die P-waardes in **tabel 14** blyk dit dat daar 'n **statisties** betekenisvolle verskil tussen die twee eksperimentele groepe se tellings ten opsigte van die **SWLS** - wat reeds bespreek is – op die 0,001-peil voorgekom het. Om die **effek** van hierdie verskil op die toetsings te bepaal, is 'n d-waarde van 0,30 vir die **SWLS** bereken. Volgens Cohen (1969) voldoen hierdie d-waarde aan die kriteria vir 'n klein effek. Dit beteken dat die verskil wat ten opsigte van globale lewenstevredenheid voorgekom het in 'n geringe mate prakties betekenisvol is.

Vervolgens sal die gemiddelde voortoetstellings van die totale groep en kontrolegroep ten opsigte van dieselfde skale in tabel 15 weergegee word.

TABEL 15: Beskrywende statistiek vir die voortoetstellings van die SOC, SWLS en AFM soos verkry by die totale groep en kontrolegroep

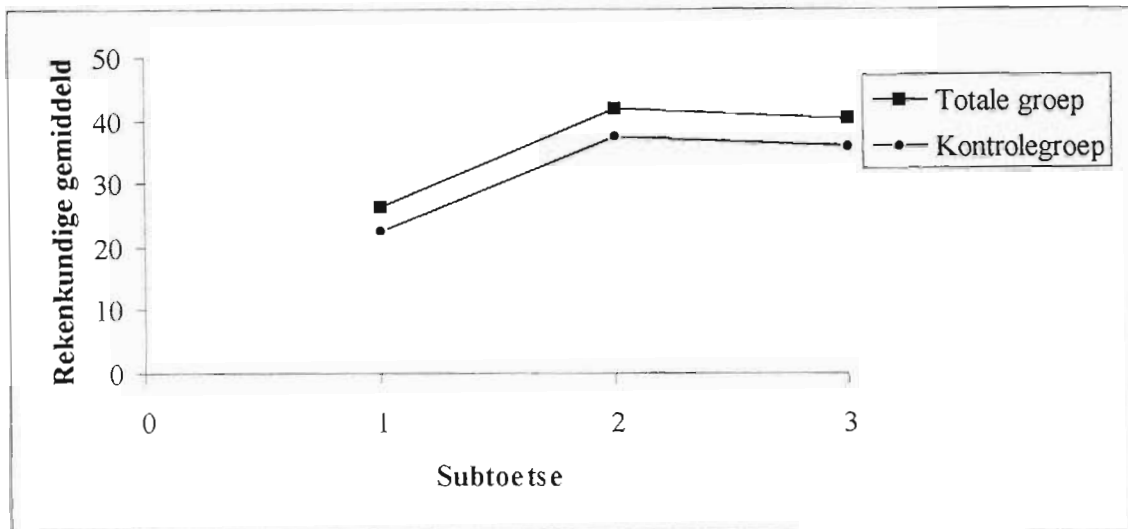
SKALE EN SUBSKALE	TOTALE GROEP		KONTROLEGROEP		P
	gem	sa	gem	sa	
SOC	151,86	24,04	133,32	24,25	0,001•
SWLS	26,11	5,11	22,48	7,34	0,001•
AFM					
Nagatiewe affek (NA)	41,88	7,10	37,24	6,65	0,001•
Positiewe affek (PA)	40,20	4,48	35,76	7,22	0,001•
Pos-neg-affekbalans (PNB)	-1,67	6,97	-3,48	4,75	0,001•

• **Beduidend op die 0,001-peil**

SOC = Sense of Coherence
 SWLS = Satisfaction With Life Scale
 AFM = Affectometer

Vervolgens sal 'n grafiese voorstelling van die totale groep en kontrolegroep se gemiddelde voortoetstellings ten opsigte van die SWLS en AFM weergegee word.

GRAFIEK 20: GEMIDDELDE VOORTOETSTELLINGS VAN DIE TOTALE GROEP EN KONTROLEGROEP TEN OPSIGTE VAN DIE SWLS EN AFM



- Subtoets 1 = SWLS (Satisfaction With Life scale)
 Subtoets 2 = Positiewe affek (PA)
 Subtoets 3 = Negatiewe affek (NA)

Bogenoemde grafiek is op rekenkundige gemiddeldes gebaseer bloot om algemene tendense en verskille waar te neem. Daar behoort dus nie veel statistiese waarde daaraan geheg te word nie.

Uit **grafiek 20** blyk dit dat die **totale groep** en **kontrolegroep** se tellings dieselfde tendense getoon het. Die **totale groep** het egter deurlopend hoër tellings as die kontrolegroep ten opsigte van die **SWLS**, positiewe affek (PA) en negatiewe affek (NA) behaal. Soos reeds genoem, meet hierdie skale onderskeidelik 'n persoon se globale lewenstevredenheid (**SWLS**), asook die mate van positiewe (PA) en negatiewe (NA) gevoelens wat 'n persoon ervaar. Dit impliseer dat persone in die **totale groep** 'n groter

mate van globale lewensvrede as die **kontrolegroep** ervaar. Laasgenoemde word bevestig deur tellings wat ten opsigte van die **SOC** in **tabel 15** behaal is. Aangesien persone in die **totale groep** geselekteer is op grond van 'n gesonde sielkundige profiel, asook hul vermoë om stres en krisissituasies te kan hanteer, verklaar dit waarskynlik waarom hul 'n hoër mate van psigologiese welsyn as die **kontrolegroep** toon. Volgens afleidings wat reeds uit **tabel 10** gemaak is, was dit duidelik dat die **totale groep** van meer konstruktiewe copingvaardighede as die **kontrolegroep** gebruik maak. Hiervolgens kan afgelei word dat diegene wat van meer konstruktiewe copingmeganismes gebruik maak, ook 'n hoër mate van psigologiese welsyn ervaar. Laasgenoemde verband tussen coping en psigologiese welsyn word in die literatuur bevestig (Moos & Swindle, 1990; Zeidner & Endler, 1996; Folkman *et al.* (1986) en Aldwin (1994). Volgens die positief-negatief-aflekbalans (PNA) van die **AFM** in **tabel 15** blyk dit dat persone in beide die eksperimentele groepe, maar in 'n meerdere mate die **kontrolegroep**, geneig is om soms méér negatiewe as positiewe gevoelens te ervaar. Dit kan waarskynlik toegeskryf word aan die feit dat persone in beide hierdie groepe (in 'n meerdere mate die **kontrolegroep**) soms van minder effektiewe copingmeganismes gebruik maak (soos geblyk het uit **tabel 10**). Laasgenoemde kan aanleiding gee tot 'n verhoging in stres, wat weer 'n verhoging van negatiewe gevoelens kan veroorsaak.

Gemiddelde tellings van die **SOC** en die **AFM** se positief-negatief-aflekbalans (PNA) is nie op die grafiek verreken nie, aangesien die **SOC** uit 'n enkele, hoë waarde bestaan en omdat die PNA-skaal 'n gemiddelde verskil aandui. Net soos die **SWLS**, meet die **SOC** 'n algemene gevoel van koherensie en psigologiese welsyn. Volgens gegewens in **tabel 17** is die **totale groep** se telling ten opsigte van hierdie skaal heelwat hoër as dié van die **kontrolegroep**. Soos reeds genoem, bevestig dit dat die **totale groep** 'n hoër mate van psigologiese welsyn as die **kontrolegroep** ervaar. Die PNA-skaal van die **AFM** is reeds in die voorafgaande paragraaf bespreek.

Volgens die P-waardes in **tabel 15** blyk dit dat daar **statisties** betekenisvolle verskille tussen die **totale groep** en **kontrolegroep** se tellings ten opsigte van ál die skale (**SOC**, **SWLS**, **PA**, **NA PNA**) op die 0,001-peil voorgekom het. Laasgenoemde skale is reeds in

die voorafgaande paragrawe bespreek. Om die **effek** van hierdie verskille op die toetsings te bepaal, is d-waardes van 0,76 vir die SOC, 0,50 vir die SWLS, 0,65 vir NA, 0,69 vir PA en 0,61 vir PNA bereken. Volgens Cohen (1969) voldoen hierdie waardes aan die kriteria vir 'n medium effek. Dit beteken dat die verskille wat ten opsigte van koherensie, psigologiese welsyn, positiewe en negatiewe gevoelens, sowel as die balans tussen laasgenoemde gevoelens voorgekom het, redelik betekenisvol is.

Gemiddelde tellings wat die **totale groep** en **kontrolegroep** in hierdie ondersoek ten opsigte van die SOC behaal het (**TG** = 151,86 en **KG** = 133,32) stem ooreen met die tellings wat Antonovsky (1993) in verskeie studies gerapporteer het, naamlik 117 tot 152,6. Die gemiddelde tellings van die **totale groep** is egter hoër, en die **kontrolegroep** se tellings laer as die tellings wat Wissing en Van Eeden (1994) in hul studie gevind het, naamlik 136,51. Soos reeds genoem, impliseer laasgenoemde dat die **totale groep** 'n hoër mate van psigologiese welsyn as die **kontrolegroep** ervaar.

Uit die gemiddelde tellings van die SWLS in **tabel 15** kan weereens afgelei word dat die respondente van beide die **totale groep** en **kontrolegroep** 'n hoë mate van psigologiese welsyn ervaar. Die **totale groep** se gemiddelde telling (26,11) is effens hoër as die gemiddelde tellings wat Wissing en Du Toit (1994) in hul ondersoek gevind het, naamlik 24,90. Dit is ook hoër as die tellings wat Wissing en Van Eeden (1994) gerapporteer het, naamlik 23,45. Soortgelyke gemiddeldes word deur Pavot en Diener (1993) gerapporteer. Die **kontrolegroep** se gemiddelde telling (20,48) is egter laer as die gemiddelde tellings wat in bogenoemde ondersoeke gevind is. Laasgenoemde bevestig weereens die feit dat die **totale groep** 'n hoër mate van psigologiese welsyn as die **kontrolegroep** ervaar.

Volgens die gegewens van die SOC, SWLS en AFM blyk dit dat respondente in beide die **totale groep** en **kontrolegroep** 'n hoë mate van psigologiese welsyn ervaar. Aangesien die **totale groep** se tellings hoër is as die wat deur die **kontrolegroep** gerapporteer is, impliseer dit dat die **totale groep** 'n hoër mate van psigologiese welsyn

ervaar. Dit wil ook voorkom asof beide groepe, maar in 'n meerdere mate die **kontrolegroep**, soms méér negatiewe as positiewe affek te ervaar.

Vervolgens sal die voor-natoetstellings van die eksperimentele groepe ten opsigte van dieselfde skale weergegee word.

7.2 Gemiddelde verskille na die natoetsing ten opsigte van skale wat psigologiese gesondheid meet.

Beskrywende statistiek (gemiddelde verskille, standaardafwykings, P- en d-waardes) van beide die eksperimentele groep 1 en 2 vir die koherensieskaal (SOC), lewenstevredenheidsvraelys (SWLS) en die affektometer (AFM) word in tabel 16 weergegee. Beskrywende statistiek vir die totale groep en kontrolegroep ten opsigte van dieselfde skale word in tabel 17 weergegee.

Tabel 16: Gemiddelde verskille van eksperimentele groep 1 en 2 ten opsigte van die SOC, SWLS en die AFM

SKALE EN SUB- SKALE	GROEP 1			GROEP 2		
	verskil	sa	P	verskil	sa	P
SOC	0,79	15,35	0,40	1,94	13,75	0,27
SWLS	3,37	4,29	0,001•	1,89	3,57	0,03*
AFM						
Negatiewe affek (NA)	2,45	9,32	0,10	-0,84	5,26	0,24
Positiewe affek (PA)	2,41	4,29	0,01□	1,10	3,72	0,27
Positief-negatief- affekbalans (PNB)	-0,04	10,02	0,49	1,94	5,64	0,07

* Beduidend op die 0,05-peil

❖ Beduidend op die 0,01-peil

· Beduidend op die 0,001-peil

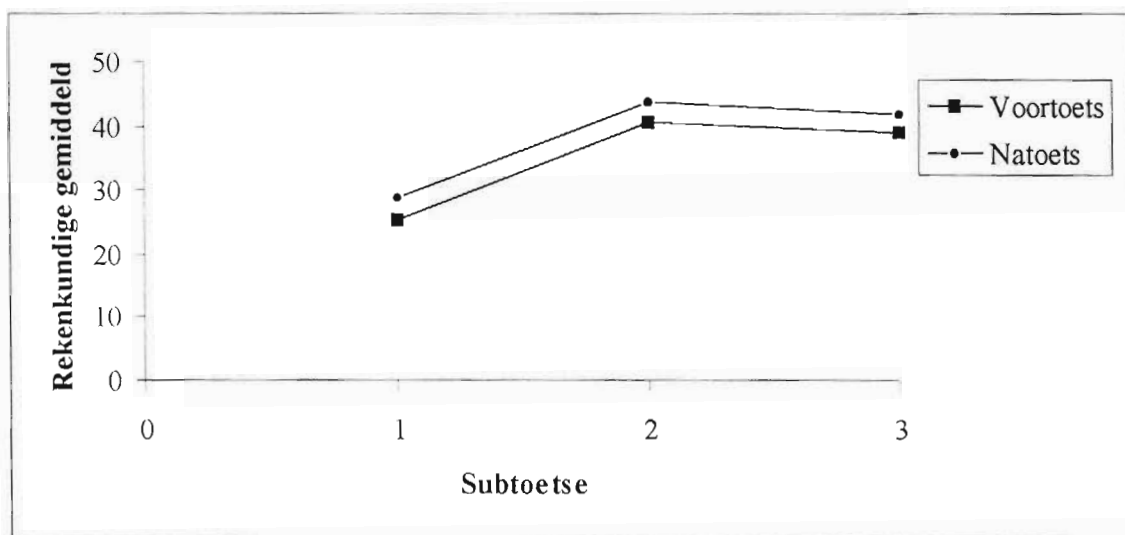
SOC = Sense of Coherence

SWLS = Satisfaction With Life Scale

AFM = Affectometer

Vervolgens sal 'n grafiese voorstelling van eksperimentele groep 1 se voor-natoetstellings ten opsigte van die SWLS en AFM weergegee word.

GRAFIEK 21: VOOR-NATOETSTELLINGS VAN EKSPERIMENTELE GROEP 1 TEN OPSIGTE VAN DIE SWLS EN AFM



Subtoets 1 = SWLS (Satisfaction With Life scale)

Subtoets 2 = Positiewe affek (PA)

Subtoets 3 = Negatiewe affek (NA)

Bogenoemde grafiek is op rekenkundige gemiddeldes gebaseer om bloot verskille en algemene tendense waar te neem. Daar behoort dus nie veel statistiese waarde daaraan geheg te word nie.

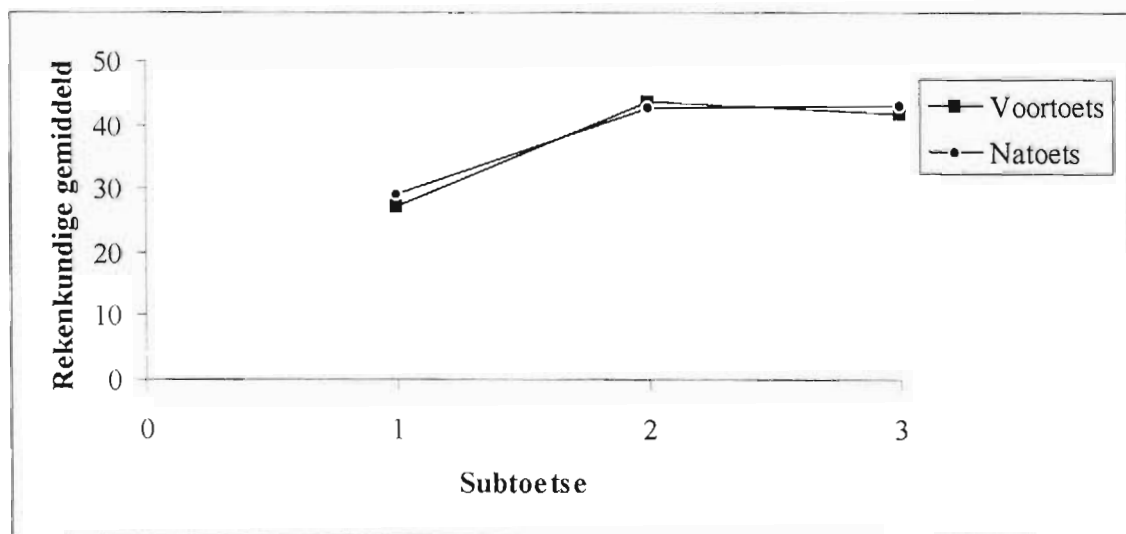
Volgens **grafiek 21** blyk dit dat eksperimentele **groep 1** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram 'n toename ten opsigte van al die skale (SWLS, PA en NA) getoon het. Hierdie skale meet onderskeidelik 'n persoon se globale lewenstevredenheid (SWLS), asook die mate van positiewe (PA) en negatiewe (NA) gevoelens wat 'n persoon ervaar. Dit impliseer dat **groep 1** na afloop van die krisisonlontingsprogram 'n verhoging ten opsigte van globale lewenstevredenheid (SWLS) en die ervaring van positiewe, sowel as negatiewe gevoelens (PA en NA) ervaar het. Dit kan waarskynlik toegeskryf word aan die krisisonlontings-opleidingsprogram wat veral gefokus het op die aanleer van meer konstruktiewe copingvaardighede. Aangesien daar, volgens Zeidner en Endler (1996), 'n verband is tussen 'n persoon se konstruktiewe copingvaardighede en die mate van psigologiese welsyn of lewenstevredenheid wat hy ervaar, kan aanvaar word dat **groep 1** 'n groter mate van lewenstevredenheid ervaar, omdat hul deur middel van die krisisonlontings-opleidingsprogram geleer het om probleme beter te hanteer (soos geblyk het uit tabel 14). Volgens die positief-negatief-aftekbilans (PNA) van die **AFM** in **tabel 16** blyk dit dat persone in **groep 1** geneig is om soms meer negatiewe as positiewe gevoelens te ervaar. Dit kan waarskynlik toegeskryf word aan die feit dat persone in hierdie groep soms van minder aanpassende copingmeganismes gebruik maak. Laasgenoemde kan 'n verhoging in stres veroorsaak wat weer aanleiding daartoe kan gee dat meer negatiewe gevoelens ervaar word.

Gemiddelde tellings van die **SOC** en die **AFM** se positief-negatief-aftekbilans (PNA) is nie op die grafiek verreken nie, aangesien die **SOC** uit 'n enkele, hoë waarde bestaan en omdat die PNA-skaal 'n gemiddelde verskil aandui. Aangesien die **SOC** 'n persoon se mate van koherensie of psigologiese welsyn meet, bevestig die toename in hierdie skaal (soos blyk uit **tabel 16**) dat **groep 1** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram 'n toename ten opsigte van psigologiese welsyn ervaar het.

Volgens die P-waardes in **tabel 16** blyk dit dat **groep 1** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram 'n **statisties** betekenisvolle verhoging ten opsigte van **SWLS** (op die 0,001-peil) en **PA** (op die 0,01-peil) getoon het. Hierdie skale is reeds in die voorafgaande paragrawe bespreek. Om die **effek** van hierdie verskille op die toetsings te bepaal, is d-waardes van 0,50 vir **SWLS** en 0,56 vir **PA** bereken. Volgens Cohen (1969) voldoen hierdie d-waardes aan die kriteria vir 'n medium effek. Dit beteken dat die verhoging wat **groep 1** ten van opsigte van algemene lewenstevredeheid en die mate van positiewe gevoelens ervaar het, redelik betekenisvol is.

Vervolgens sal die voor-natoetstellings van groep 2 ten opsigte van dieselfde skale grafies voorgestel word.

GRAFIEK 22: VOOR-NATOETSTELLINGS VAN EKSPERIMENTELE GROEP 2 TEN OPSIGTE VAN DIE SWLS EN AFM



- Subtoets 1 = SWLS (Satisfaction With Life scale)
- Subtoets 2 = Positiewe affek (PA)
- Subtoets 3 = Negatiewe affek (NA)

Bogenoemde grafiek is op rekenkundige gemiddeldes gebaseer bloot om verskille en algemene tendense waar te neem. Daar behoort dus nie veel statistiese waarde daaraan geheg te word nie.

Volgens **grafiek 22** blyk dit dat eksperimentele **groep 2** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram 'n toename ten opsigte van die **SWLS** en **PA** en 'n vermindering ten opsigte van **NA** getoon het. Hierdie skale meet onderskeidelik 'n persoon se globale lewenstevredenheid (**SWLS**) en die mate van positiewe (**PA**) en negatiewe (**NA**) gevoelens wat 'n persoon ervaar. Dit impliseer dat **groep 2** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram 'n groter mate van positiewe gevoelens (**PA**) en algemene lewenstevredenheid, oftewel psigologiese welsyn ervaar. Verder blyk dit dat hulle na dese geneig is om minder negatiewe gevoelens (**NA**) te ervaar. Dit kan moontlik verklaar word deur die feit dat **groep 2** gedurende die tydperk tussen die voor- en natoetsing opleiding ten opsigte van selfontwikkeling, traumabestuur, ontlasting en konstruktiewe copingvaardighede ontvang het. Laasgenoemde aspekte is belangrike komponente van die krisisonlontings-opleidingsprogram wat **groep 2** deurloop het. Aangesien hulle geleer het om beter te kan cope (soos geblyk het uit **tabel 10**), ervaar hulle 'n groter mate van positiewe gevoelens en psigologiese welsyn. Folkman *et al.* (1986) en Aldwin (1994) bevestig laasgenoemde verband tussen konstruktiewe coping en die mate van psigologiese welsyn wat ervaar word.

Gemiddelde tellings van die **SOC** en die **AFM** se positief-negatief-aftekbalans (**PNA**) is nie op die grafiek verreken nie, aangesien die **SOC** uit 'n enkele, hoë waarde bestaan en omdat die **PNA**-skaal 'n gemiddelde verskil aandui. Aangesien die **SOC** 'n persoon se mate van koherensie of psigologiese welsyn meet, bevestig die toename ten opsigte van hierdie skaal (soos blyk uit **tabel 16**) dat **groep 2** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram 'n toename ten opsigte van psigologiese welsyn ervaar het. Die **PNA**-skaal van die **AFM** meet die balans tussen positiewe en negatiewe gevoelens wat ervaar word. Volgens gegewens in **tabel 16** blyk dit dat **groep 2** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram geneig is om meer positiewe as negatiewe gevoelens te ervaar. Dit kan waarskynlik toegeskryf word aan die verhoogde mate van psigologiese

welsyn wat, as gevolg van 'n toename ten opsigte van konstruktiewe copingvaardighede, ervaar word. Laasgenoemde word bevestig deur afleidings wat uit **tabel 10** en **16** gemaak is.

Volgens die P-waardes in **tabel 16** blyk dit dat **groep 2** na afloop van die krisisonthoelings-opleidingsprogram 'n **statisties** betekenisvolle toename ten opsigte van die **SWLS** op die 0,05-peil getoon het. Hierdie skaal is reeds in die voorafgaande paragraaf bespreek. Om die **effek** van hierdie verskil op die toetsings te bepaal, is 'n d-waarde van 0,53 vir **SWLS** bereken. Volgens Cohen (1969) voldoen hierdie d-waarde aan die kriteria vir 'n medium effek. Dit beteken dat die verhoging wat **groep 2** ten opsigte van algemene lewensvredeheid ervaar het, redelik betekenisvol is.

Opsommenderwys is dit duidelik dat beide groep 1 en 2 na afloop van die krisisonthoelings-opleidingsprogram 'n verhoogde mate van psigologiese welsyn ervaar het.

Voor-natoetstellings van die totale groep en kontrolegroep ten opsigte van dieselfde skale sal vervolgens weergegee word.

TABEL 17: Gemiddelde verskille van die totale groep en kontrolegroep ten opsigte van die SOC, SWLS en die AFM

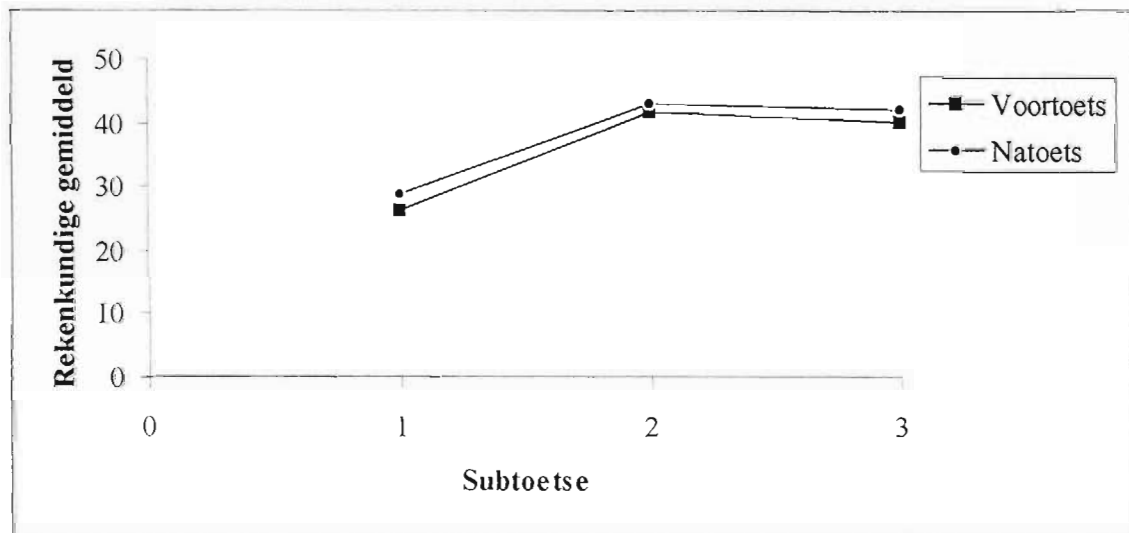
SKALE EN SUB- SKALE	TOTALE GROEP			KONTROLEGROEP		
	verskil	sa	P	verskil	sa	P
SOC	1,30	14,51	0,27	-5,36	12,49	0,06
SWLS	2,72	4,01	0,05*	-0,28	4,63	0,76
AFM						
Negatiewe affek (NA)	-0,84	5,26	0,12	-1,24	5,56	0,27
Positiewe affek (PA)	1,10	3,72	0,10	-0,32	3,59	0,65
Positief-negatief- affekbalans (PNB)	1,94	5,64	0,07	0,92	5,55	0,09

*** Beduidend op die 0,05-peil**

SOC	=	Sense of Coherence
SWLS	=	Satisfaction With Life Scale
AFM	=	Affectometer

Vervolgens sal die voor-natoetstellings van die totale groep ten opsigte van dieselfde skale, grafies voorgestel word.

**GRAFIEK 23: VOOR-NATOETSTELLINGS VAN DIE TOTALE GROEP
TEN OPSIGTE VAN DIE SWLS EN AFM**



- Subtoets 1 = SWLS (Satisfaction With Life scale)
- Subtoets 2 = Positiewe affek (PA)
- Subtoets 3 = Negatiewe affek (NA)

Bogenoemde grafiek is op rekenkundige gemiddeldes gebaseer bloot om verskille en algemene tendense waar te neem. Daar behoort dus nie veel statistiese waarde daaraan geheg te word nie.

Volgens **grafiek 23** blyk dit dat die **totale eksperimentele groep** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram 'n toename ten opsigte van al die skale (SWLS, PA en NA) getoon het. Hierdie skale meet onderskeidelik 'n persoon se globale lewenstevredenheid (SWLS), asook die mate van positiewe (PA) en negatiewe (NA) gevoelens wat 'n persoon ervaar. Dit impliseer dat die **totale groep** na afloop van die krisisonlontingsprogram 'n verhoging ten opsigte van globale lewenstevredenheid (SWLS) en die ervaring van positiewe, sowel as negatiewe gevoelens (PA en NA) ervaar het. Dit kan waarskynlik toegeskryf word aan die krisisonlontings-opleidingsprogram wat veral gefokus het op die aanleer van meer konstruktiewe copingvaardighede. Die **totale groep** ervaar 'n groter mate van psigologiese welsyn, omdat hul deur middel van die program geleer het om beter te kan cope (soos geblyk het uit **tabel 11**). Laasgenoemde verband tussen coping en psigologiese welsyn word in die literatuur bevestig (Moos & Swindle, 1990; Zeidner & Endler, 1996; Folkman *et al.* (1986) en Aldwin (1994).

Gemiddelde tellings van die SOC en die AFM se positief-negatief-affekbalans (PNA) is nie op die grafiek verreken nie, aangesien die SOC uit 'n enkele, hoë waarde bestaan en omdat die PNA-skaal 'n gemiddelde verskil aandui. Aangesien die SOC 'n persoon se mate van koherensie of psigologiese welsyn meet, bevestig die toename ten opsigte van hierdie skaal (soos blyk uit **tabel 17**) dat die **totale groep** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram 'n toename ten opsigte van psigologiese welsyn ervaar het. Die PNA-skaal van die AFM meet die balans tussen positiewe en negatiewe gevoelens wat ervaar word. Volgens gegewens in **tabel 17** blyk dit dat die **totale groep** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram geneig is om meer positiewe as negatiewe gevoelens te ervaar. Dit kan waarskynlik toegeskryf word aan die verhoogde mate van psigologiese welsyn wat, as gevolg van 'n toename ten opsigte van konstruktiewe copingvaardighede, ervaar word. Laasgenoemde word bevestig deur afleidings wat uit **tabel 11** en **17** gemaak is.

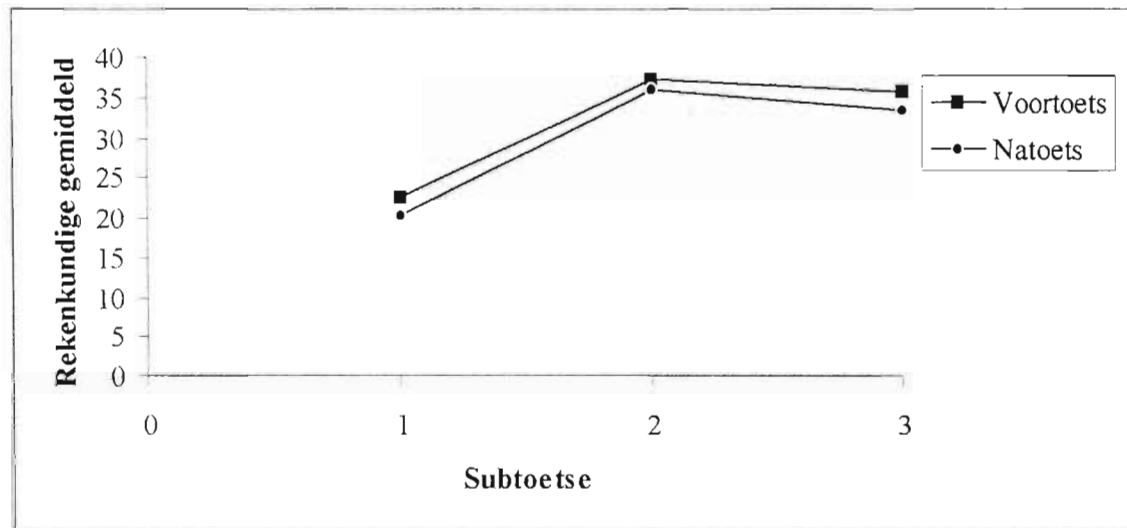
Volgens die P-waardes in **tabel 17** blyk dit dat die **totale groep** na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram 'n **statisties** betekenisvolle toename ten opsigte van

die SWLS op die 0,05-peil getoon het. Hierdie skaal is reeds in die voorafgaande paragraaf bespreek. Om die **effek** van hierdie verskil op die toetsings te bepaal, is 'n d-waarde van 0,67 vir **SWLS** bereken. Volgens Cohen (1969) voldoen hierdie d-waarde aan die kriteria vir 'n medium effek. Dit beteken dat die verhoging wat die **totale groep** ten opsigte van algemene lewensvredeheid ervaar het, redelik betekenisvol is.

Opsommenderwys is dit duidelik dat die totale eksperimentele groep na afloop van die krisisonthoelings-opleidingsprogram 'n toename ten opsigte van die mate van psigologiese welsyn ervaar het.

Vervolgens sal die kontrolegroep se voor-natoetstelling ten opsigte van dieselfde skale grafies voorgestel word.

**GRAFIEK 24: VOOR-NATOETSKILLES VAN DIE KONTROLEGROEP
TEN OPSIGTE VAN DIE SWLS EN AFM**



- Subtoets 1 = SWLS (Satisfaction With Life scale)
- Subtoets 2 = Positiewe affek (PA)
- Subtoets 3 = Negatiewe affek (NA)

Bogenoemde grafiek is op rekenkundige gemiddeldes gebaseer om bloot verskille en algemene tendense waar te neem. Daar behoort dus nie veel statistiese waarde daaraan geheg te word nie.

Volgens **grafiek 24** blyk dit dat die **kontrolegroep** na 'n verloop van tyd 'n afname ten opsigte van al die skale getoon het (SWLS, PA en NA). Hierdie skale meet onderskeidelik 'n persoon se globale lewensvrede (SWLS) en die mate van positiewe (PA) en negatiewe (NA) gevoelens wat 'n persoon ervaar. Dit impliseer dat die **kontrolegroep** se mate van globale lewensvrede of psigologiese welsyn (SWLS) na 'n verloop van tyd afgeneem het. Daarby blyk dit dat hulle na dese minder positiewe, sowel as negatiewe gevoelens ervaar (PA en NA). Dit kan waarskynlik toegeskryf word aan die feit dat die **kontrolegroep** soms nie in staat is daartoe om stressors en probleme effektief te kan hanteer nie. Gegewens in **tabel 11** bevestig dat persone in die **kontrolegroep** soms van minder aanpassende copingstrategieë gebruik maak. Laasgenoemde veroorsaak 'n toename in stres wat weer aanleiding kan gee tot 'n afname in psigologiese welsyn (soos onderskeidelik geblyk het uit **tabel 9** en **11**). Die oormatige stres wat persone in hierdie groep ervaar, veroorsaak 'n emosionele afstomping (soos geblyk het uit die afnames ten opsigte van PA en NA in **tabel 17**). Volgens Cacioppe en Mock (1985) kan oormatige stres inderdaad aanleiding gee tot 'n emosionele afgetrokkenheid.

Gemiddelde tellings van die **SOC** en die **AFM** se positief-negatief-aftekbalaans (PNA) is nie op die grafiek verreken nie, aangesien die **SOC** uit 'n enkele, hoë waarde bestaan en omdat die PNA-skaal 'n gemiddelde verskil aandui. Aangesien die **SOC** 'n persoon se mate van koherensie of psigologiese welsyn meet, bevestig die afname ten opsigte van hierdie skaal (soos blyk uit **tabel 17**) dat die **kontrolegroep** na 'n verloop van tyd 'n afname ten opsigte van psigologiese welsyn ervaar het. Die PNA-skaal van die **AFM** meet die balans tussen positiewe en negatiewe gevoelens wat ervaar word. Volgens gegewens in **tabel 17** blyk dit dat die **kontrolegroep**, ten spyte van 'n afname ten opsigte van beide positiewe en negatiewe gevoelens, tog geneig is om meer positiewe as negatiewe gevoelens te ervaar. Laasgenoemde is 'n interessante verskynsel as in ag

geneem word dat die **kontrolegroep** na 'n verloop van tyd 'n geringe toename in stresssimptome en geringe afnames ten opsigte van konstruktiewe coping en psigologiese welsyn getoon het (soos geblyk het uit **tabel .9, 11 en 17**). Laasgenoemde sou kon verklaar waarop hierdie groep geneig is om meer negatiewe, eerder as positiewe gevoelens, te ervaar.

Volgens die P-waardes in **tabel 17** blyk dit dat die **kontrolegroep** na 'n verloop van tyd geen **statisties** betekenisvolle verskille ten opsigte van die **SOC, SWLS, PA, NA en PNA** getoon het nie.

Opsommenderwys blyk dit dat die kontrolegroep na 'n verloop van tyd selfs 'n afname ten opsigte van die mate van psigologiese welsyn ervaar het

Aangesien die kontrolegroep na 'n verloop van tyd geen statisties betekenisvolle toenames ten opsigte van die skale van psigologiese welsyn getoon het nie, kan aanvaar word dat die positiewe veranderinge wat by die totale groep plaasgevind het, aan die krisisonthoofings-opleidingsprogram toegeskryf kan word.

8. KONKLUSIE

Volgens die gemiddelde voortoetstellings ten opsigte van die skale wat psigologiese gesondheid meet, was dit duidelik dat al die polisiebeamptes wat aan hierdie ondersoek deelgeneem het, 'n hoë mate van psigologiese welsyn ervaar. Aangesien die totale groep deurlopend hoër tellings as die kontrolegroep getoon het, kan aanvaar word dat die totale groep 'n hoër mate van psigologiese welsyn ervaar. Dit het ook geblyk dat beide groepe, maar in 'n meerdere mate die kontrolegroep, soms méér negatiewe as positiewe gevoelens ervaar.

Na afloop van die krisisonthoofings-opleidingsprogram het groep 1 'n statisties betekenisvolle toename ten opsigte van globale lewensvrede (SWLS) en positiewe affek (PA) getoon. Groep 2 het na afloop van die program 'n statistiese toename ten

opsigte van globale lewenstevredenheid (SWLS) getoon. Ook die totale eksperimentele groep het na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram 'n statisties betekenisvolle toename ten opsigte van globale lewenstevredenheid (SWLS) getoon. Aangesien die kontrolegroep na 'n verloop van tyd geen statisties betekenisvolle toenames ten opsigte van die skale van psigologiese welsyn getoon het nie, kan aanvaar word dat die positiewe veranderinge wat by die eksperimentele groepe voorgekom het aan die krisisonlontings-opleidingsprogram toegeskryf kan word.

Volgens bogenoemde gegewens en algemene tendense van verhoging op die grafieke, kan die **alternatiewe hipotese** aanvaar word, met ander woorde die krisisonlontings-opleidingsprogram veroorsaak wel 'n toename ten opsigte van die toekomstige krisiswaerker se mate van psigologiese welsyn.

HOOFSTUK 5

GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

1. INLEIDING

In hierdie studie is die effek van die SAPD se krisisonlontings-opleidingsprogram op die toekomstige krisiswerker ondersoek. In hierdie hoofstuk word daar opsommenderwys verwys na die belangrikste konklusies op grond van die literatuurontleding, sowel as die empiriese ondersoek. Konklusies op grond van die empiriese ondersoek word puntsgewys aan die hand van die doelstellings (soos in hoofstuk 1) geformuleer. Daarna volg aanbevelings uit verdere navorsing.

2. SAMEVATTING EN GEVOLGTREKKINGS

2.1 Samevatting en belangrikste konklusies op grond van die literatuurontleding

In hierdie ondersoek wou vasgestel word in watter mate die SAPD se krisisonlontings-opleidingsprogram die toekomstige krisiswerker beïnvloed ten opsigte van simptome van stres, mate van konstruktiewe copingvaardighede, asook mate van psigologiese welsyn.

Vir die doel van hierdie studie is stres gedefinieer as die totaliteit van liggaamlike en psigiese reaksies op nadelige en/of onaangename stimuli, intern sowel as ekstern (Plug *et al.*, 1988). Dit is dus 'n uitdrukking van die wyse waarop die mens die eise wat die omgewing aan hom stel, sowel as die wyse waarop hy die eise wat hy innerlik ervaar, hanteer (Van Rooyen, 1987).

Uit die literatuurontleding is bevind dat weinig beroepe so stresvol is en soveel eise aan die werknemer stel soos dié waarmee die hedendaagse Suid-Afrikaanse polisiebeampte mee te kampe het (Wilson, 1993; Burgers, 1994; Nel & De Lange, 1993). Die hoë mate van stres in die SAPD kan aan verskeie interne en eksterne faktore toegeskryf word en dit dra by tot verminderde werksfunksionering, psigologiese probleme asook fisiese gesondheidsprobleme wat die polisiebeampte en sy gesin beïnvloed (Brown & Campbell, 1994; Van Rooyen, 1987; Stutterheim, 1998; Lazovik, 1995 en Huisamen, 1993).

Die literatuurondersoek het ook getoon dat oormatige stres aanleiding kan gee tot sekere psigologiese versteurings waaronder PTSV en uitbranding, wat algemeen in die polisiekuultuur voorkom (Brown & Campbell, 1994 en Nel, 1994).

Uit die literatuur blyk dit dat oormatige stres die polisiebeampte in 'n persoonlike krisis kan dompel. Die polisiebeampte ervaar 'n krisis wanneer hy die persepsie het dat 'n gebeurtenis of situasie 'n ondraaglike probleem is wat sy bronne en copingmeganismes oortref (Greenstone & Leviton, 1993; Gilliland & James, 1993).

In hierdie ondersoek het Slaikou (1984), Hafen (1982) en Brammer (1991) die onderskeie krisisse wat 'n persoon kan ervaar, geïdentifiseer. Die verskillende eienskappe van 'n krisis is deur Gilliland en James (1993) en Wright (1993) aangedui. Diverse beskrywings van die fases van 'n krisis word in die literatuur aangetref, waaronder dié van France (1982) en Dixon (1987) wat in hierdie ondersoek beskryf is.

'n Wye reeks programme en intervensiestrategieë is ontwikkel om die krisis wat stres veroorsaak te voorkom en om persone te help om die betekenisvolle stres wat hul as deel van hul lewe ervaar, te kan hanteer. Hierdie prosedures staan bekend as "Critical Incident Stress Management (CISM)". Ontlonting of ("CISD") en krisisintervensie vorm slegs deel van 'n verskeidenheid van "CISM"-tegnieke (Mitchell & Everly, 1995). Vir die doel van hierdie ondersoek is krisisintervensie gedefinieer as 'n korttermyn terapeutiese benadering wat daarop gemik is om die onmiddellike ongerief of simptome te verlig in gevalle van persone wat in 'n akute toestand verkeer (Plug *et al.*, 1988). Uit die

literatuuronderzoek blyk dit dat verskeie terapeutiese benaderings 'n invloed op krisisintervensie het, wat aanleiding gee tot die verskeidenheid van modelle van krisisintervensie wat in hierdie ondersoek beskryf word.

Soos reeds genoem, vorm die proses van ontlonting deel van 'n verskeidenheid "CISM"-tegnieke. Ontlonting is die generiese term vir die "Critical Incident Stress Debriefing (CISD)"-proses wat oorspronklik deur Mitchell (1983) ontwikkel is. Dit is 'n vorm van krisisintervensie wat fokus op groepe slagoffers van 'n kritiese insident of ramp. Dit bied hul die geleentheid om hul indrukke en begrip van die gebeurtenis op 'n sistematiese en gestruktureerde wyse oor te dra in 'n veilige en beheerde omgewing. "CISD" of ontlonting is daarop gemik om korttermyn emosionele en fisiese stresreaksies te verminder en ook om die kans dat langtermyn stresreaksies tot PTSS kan ontwikkel, te verminder (Tehrani & Westlake, 1994 en Armfield, 1994). Ontlonting binne die SAPD is daarop gemik om die impak van ekstreme geweld wat polisiebeamptes ervaar, te verminder (Sloan, 1998). In die literatuur word verskeie ontlontingsmodelle aangetref, waaronder dié van Mitchell (1983), Raphael (1986), Dyregrov (1989) en Parkinson (1997), wat in hierdie studie met mekaar vergelyk is. Die SAPD-ontlontingsmodel waarop hierdie ondersoek fokus, is hoofsaaklik gegrond op die "CISD"-model van Mitchell (1983). Die model is deur Jacobs (1993) gemodifiseer en aangepas om aan die spesifieke vereistes van die SAPD te voldoen.

Tydens hierdie ondersoek is veral gefokus op die rol van die krisiswerker of ontlonter. Laasgenoemde verwys na alle mense wat opgelei is om krisisintervensie te kan doen. Krisiswerkers en ontlonthers help slagoffers om ervarings as gevolg van 'n trauma op 'n kognitiewe en emosionele vlak te integreer om sodoende 'n persepsie van beheer oor hul lewe te kry (Parkinson, 1993; Greenstone & Leviton, 1993). Verskeie sienings word in die literatuur gevind ten opsigte van die eienskappe van 'n effektiewe krisiswerker. In hierdie ondersoek is Cormier en Cormier (1991); Doyle (1992); Okun (1992) en Corey (1990) se kriteria vir 'n effektiewe krisiswerker beskryf.

Uit die literatuurontleding blyk dit dat die ongewone aspekte waarmee die krisiswerker te doen kry, 'n bron van geweldige stres is. Aangesien die hantering van traumatiese gebeure op sigself traumaties kan wees, kan die krisiswerker geneig wees om sekondêre stres te ervaar. Laasgenoemde kan veroorsaak dat die krisiswerker sy objektiwiteit en vermoë om hulp te verleen, verloor (Newburn, 1993; Cerney, 1995 en Figley, 1995).

Dutton en Rubenstein (1995) het verskillende kategorieë van sekondêre traumatiese stresreaksies geïdentifiseer. In hierdie studie is die model van McCan en Pearlman (1990) beskryf om die psigologiese effekte van sekondêre traumatiese stres op die krisiswerker te illustreer.

Uit die literatuurondersoek is dit duidelik dat die krisiswerker, vanweë sy/haar stresvolle werk, ook geneig kan wees tot uitbranding. Vir die doel van hierdie ondersoek word uitbranding beskou as emosionele uitputting, depersonalisasie en 'n afname in persoonlike prestasie by persone wat met mense werk (Plug *et al.*, 1993). Om die negatiewe gevolge van stres (waaronder sekondêre trauma, PTSV en uitbranding) te voorkom, is dit noodsaaklik dat die krisiswerker in staat moet wees om effektief met sy omstandighede te kan cope (O'Hagen, 1986). Op grond hiervan fokus die SAPD se krisisonlontings-opleidingsprogram hoofsaaklik op selfaanvaarding en die aanleer van konstruktiewe coping- en intervensiestrategieë.

In die literatuur word coping op verskillende wyses gekonseptualiseer en gedefinieer. In hierdie ondersoek is volstaan by Wissing (1995) se definisie van coping as verskillende perseptuele, kognitiewe en/of gedragsresponse waardeur gepoog word om situasies wat as pynlik, bedreigend, oorskreidend of moeilik (ten opsigte van interne en eksterne eise) getakseer word, die hoof te bied, te oorleef, te vermy, te kontroleer of die interpretasie van die gebeure of die konsekwensies daarvan te beïnvloed. Hoewel daar konsensus bestaan dat disfunksionele en konstruktiewe copingstrategieë onderskei kan word, is daar nie konsensus oor die presiese aard van copingstrategieë nie. Kennis hieroor is belangrik vir die identifisering van persoonlike en kontekstuele faktore (soos kognitiewe vaardighede of sosiale hulpbronne) wat positief aangewend kan word in krisissituasies. Talle skrywers soos Lazarus en Folkman (1984), Amirkham (1994), Carver *et al.* (1989),

en Zeidner en Endler (1996) het al navorsing oor copingstrategieë gedoen. Volgens hierdie literatuurondersoek word probleemoplossende copingstrategieë geassosieer met beter psigologiese gesondheid as indirekte, vermydende copingstrategieë (Holohan & Moos, 1987; Moos, 1994; Scheier & Carver, 1987). Die belangrikste copingmodel wat in hierdie studie omskryf word, is die van Moos (1994). Hy het 'n breë heuristiese model gekonseptualiseer waarin verbande tussen omgewingstressore, sosiale bronne, persoonlike faktore, akute lewensgebeure, copingresponse en psigologiese gesondheid gehipotetiseer word. Volgens hom kan laasgenoemde faktore mekaar wederkerig beïnvloed.

Psigologiese welsyn word nie in die literatuur eenduidig gedefinieer nie. In hierdie ondersoek word dit vanuit 'n salutogene paradigma gekonseptualiseer. Psigologiese gesondheid word dus gesien as die mate van lewenstevredenheid, koherensiesin en positiewe affek wat 'n persoon ervaar (Wissing & Van Eeden, 1994). Volgens Mokgathe en Schoeman (1998) speel 'n positiewe selfbeeld en 'n gevoel van bevoegdheid ook 'n belangrike rol in psigologiese welsyn.

Belangrike teorieë waarna in hierdie ondersoek verwys is, is dié van Cowen (1991), Seeman (1989), Witmer en Sweeney (1991) en Wissing en Van Eeden (1994).

Met die konstruk psigologiese gesondheid het die fokus aanvanklik op 'n kontinuumbenadering geval wat psigologiese gesondheid en psigopatologie as teenoorgestelde kante van 'n kontinuum beskou het (Cowen, 1991 en Kammann & Flett, 1982). Hierdie siening is toenemend vervang deur een wat psigologiese gesondheid en psigopatologie as verskillende dimensies van menslike funksionering beskou. Die klem val dus toenemend op 'n multidimensionele siening van psigologiese gesondheid wat poog om patologie te voorkom en die ontginning van copinghulpbronne te bevorder (Seeman, 1989; Witmer & Sweeney, 1992 en Wissing en Van Eeden, 1994).

Uit die literatuurontleding is dit dus duidelik dat daar 'n verband is tussen 'n persoon se copingvaardighede en sy psigologiese gesondheid. Hiervolgens sal 'n persoon wat sy

probleme meer konstruktief hanteer, minder stres ervaar en gevolglik 'n hoër mate van psigologiese welsyn beleef (Moos & Swindle, 1990; Zeidner & Endler, 1996; Folkman *et al.*, 1986 en Aldwin, 1994).

Op grond van bogenoemde kan aanvaar word dat die SAPD se krisisonthoofings-opleidingsprogram, wat hoofsaaklik daarop gemik is om konstruktiewe copingvaardighede te bevorder, die toekomstige krisisswerker se simptome van stres sal verminder en die mate van psigologiese welsyn sal verhoog.

2.2 Samevatting en belangrikste konklusies op grond van die empiriese ondersoek

Konklusies op grond van die empiriese ondersoek word puntsgewys aan die hand van die doelstellings uiteengesit.

Doelstelling 1 was om vas te stel of die SAPD se krisisonthoofings-opleidingsprogram bydra tot 'n vermindering van die toekomstige krisisswerker se simptome van stres.

Volgens die voortoetstellings ten opsigte van die TCIS en PSS was dit duidelik dat al die lede van die polisie wat aan die ondersoek deelgeneem het, 'n hoë mate van trauma en stres ervaar, tesame met 'n gevoel dat hul nie altyd in staat is om hul omstandighede effektief te kan hanteer nie. Laasgenoemde bevestig literatuurbevindinge dat polisiebeamptes 'n hoogs stresvolle beroep beoefen (Nel & De Lange, 1993, Ferreira, 1993). Diegene in die kontrolegroep blyk ook meer stres as dié in die totale groep te ervaar. Aangesien polisie personeel in die totale groep spesiaal vir die onthoofings-opleidingsprogram geselekteer is op grond van hul vermoë om stres en krisissituasies te kan hanteer, kan gehipotetiseer word dat hul geneig is om van meer konstruktiewe copingvaardighede gebruik te maak en daarom minder stres ervaar. Volgens gegewens van die skale wat copingstrategieë meet, het dit inderdaad geblyk dat die totale groep van meer konstruktiewe copingmeganismes gebruik maak (soos geblyk het uit tabel 10).

Na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram het groep 1 (Noordwes) 'n statisties betekenisvolle vermindering ten opsigte van oorweldigende emosies (OE) ervaar. Groep 2 (Wes-Kaap) het na afloop van die program 'n statisties betekenisvolle vermindering ten opsigte van gevoelens van betekenisloosheid (MEW) en die gebrek aan die aanvaarding van gevoelens (LE) ervaar. Daarby het groep 2 ook 'n statisties betekenisvolle verhoging ten opsigte van vertroue (TR) getoon. Die eksperimentele groep het as totaal 'n statisties betekenisvolle vermindering ten opsigte van betekenisloosheid (MEW), isolasie (IS), oorweldigende emosies (OE) en waargenome stres (PSS) getoon. Hierdie groep het ook 'n statisties betekenisvolle verhoging ten opsigte van vertroue (TR) getoon. Aangesien die kontrolegroep na 'n verloop van tyd geen statisties betekenisvolle verminderings ten opsigte van simptome van stres getoon het nie, kan aanvaar word dat die positiewe veranderinge wat by die eksperimentele groepe voorgekom het aan die krisisonlontings-opleidingsprogram toegeskryf kan word.

Volgens bogenoemde gegewens en die algemene tendense van vermindering wat op die grafieke voorgekom het, kon die alternatiewe hipotese aanvaar word, met ander woorde die krisisonlontings-opleidingsprogram veroorsaak wel 'n betekenisvolle vermindering ten opsigte van die toekomstige krisiswerker se simptome van stres.

Doelstelling 2 was om vas te stel of die SAPD se krisisonlontings-opleidingsprogram bydra tot 'n verhoging van die toekomstige krisiswerker se konstruktiewe copingvaardighede.

Volgens die voortoetstellings van die COPE, CSI en CRI het dit geblyk dat, ten spyte van hoë tellings ten opsigte van minder aangepaste copingstrategieë, die polisielede in hierdie ondersoek oorwegend van konstruktiewe copingmeganismes gebruik maak. Dit was ook duidelik dat die kontrolegroep méér van negatiewe copingstrategieë gebruik maak as diegene in die totale groep. Laasgenoemde verklaar moontlik waarom die kontrolegroep meer stres ervaar.

Na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram het groep 1 (Noordwes) statisties betekenisvolle toenames ten opsigte van die onderdrukking van kompeterende aktiwiteite (SCA), soek sosiale ondersteuning vir instrumentele en emosionele redes (SIR en SER), positiewe herformulering en groei (PRG), aanvaarding (A), keer na religie (TTR), die fokus op en ventilering van gevoelens (FVE) en logiese analise (LA) getoon. Hierdie groep het ook 'n statisties betekenisvolle vermindering ten opsigte van mentale onttrekking (MD) getoon. Groep 2 (Wes-Kaap) het na afloop van die program statisties betekenisvolle verminderings ten opsigte van mentale onttrekking (MD) en aanvaarding of gelatenheid (AR) getoon. Die eksperimentele groep het as totaal statisties betekenisvolle verhogings ten opsigte van weerhoudingscoping (RC), soek van sosiale ondersteuning vir instrumentele en emosionele redes (SIR, SER en SG), positiewe herformulering en groei (PRG), aanvaarding (A), fokus op en ventilering van gevoelens (FVE) en logiese analise (LA) getoon. Die totale groep het verder ook 'n statisties betekenisvolle vermindering ten opsigte van mentale onttrekking (MD), aanvaarding of gelatenheid (AR) en emosionele ontlading (ED) getoon. Hierdie gegewens impliseer dat die eksperimentele groepe na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram 'n duidelike verhoging ten opsigte van konstruktiewe copingvaardighede en 'n vermindering ten opsigte van minder aanpassende copingvaardighede getoon het. Aangesien die kontrolegroep na 'n verloop van tyd slegs 'n statisties betekenisvolle verhoging ten opsigte van die minder aanpassende emosionele ontlading (ED) getoon het, kan aanvaar word dat die positiewe veranderinge wat by die eksperimentele groepe voorgekom het, aan die krisisonlontings-opleidingsprogram toegeskryf kan word.

Volgens bogenoemde gegewens en algemene tendense van verhogings op die grafieke, kon die alternatiewe hipotese dus aanvaar word, met ander woorde die krisisonlontings-opleidingsprogram veroorsaak wel 'n betekenisvolle verhoging ten opsigte van die toekomstige krisiswerker se konstruktiewe copingvaardighede.

Doelstelling 3 was om vas te stel of die SAPD se krisisonlontings-opleidingsprogram bydra tot 'n verhoging van die toekomstige krisiswerker se mate van psigologiese welsyn.

Volgens die voortoetstellings ten opsigte van die SOC, SWLS en AFM was dit duidelik dat al die lede van die polisie wat aan hierdie ondersoek deelgeneem het, 'n redelike hoë mate van psigologiese welsyn ervaar. Die totale groep het deurlopend hoër tellings as die kontrolegroep behaal wat impliseer dat die totale groep 'n hoër mate van psigologiese gesondheid beleef. Aangesien die totale groep geselekteer is vir die krisisonlontings-opleidingsprogram op grond van 'n gesonde sielkundige profiel, sowel as hul vermoë om te kan cope, kan aanvaar word dat hul minder stres ervaar en psigologies gesonder is omdat hul beter cope (Moos & Swindle, 1990; Zeidner & Endler, 1996; Folkman *et al.*, 1986 en Aldwin, 1994). Laasgenoemde word ook bevestig deur die resultate van die skale wat simptome van stres en mate van konstruktiewe copingstrategieë meet.

Na afloop van die krisisonlontings-opleidingsprogram het groep 1 'n statisties betekenisvolle toename ten opsigte van globale lewenstevredenheid (SWLS) en positiewe affek (PA) getoon. Ook groep 2 en die totale groep het na afloop van die program 'n statisties betekenisvolle toename ten opsigte van globale lewenstevredenheid (SWLS) getoon. Aangesien die kontrolegroep na 'n verloop van tyd geen statisties betekenisvolle toenames ten opsigte van die skale van psigologiese welsyn getoon het nie, kan aanvaar word dat die positiewe veranderinge wat by die eksperimentele groepe voorgekom het aan die krisisonlontings-opleidingsprogram toegeskryf kan word.

Volgens bogenoemde gegewens en algemene tendense van verhoging op die grafieke, kon die alternatiewe hipotese aanvaar word. Met ander woorde die krisisonlontings-opleidingsprogram veroorsaak wel 'n betekenisvolle verhoging ten opsigte van die toekomstige krisiswerker se mate van psigologiese welsyn.

3. AANBEVELINGS VIR VERDERE NAVORSING

- Aangesien persone van verskillende kulture as krisiswerkers opgelei word om ook onder verskillende kulture werkzaam te wees, is dit noodsaaklik dat die invloed van kultuurverskille ten opsigte van stres, coping en psigologiese welsyn ondersoek moet word, omdat laasgenoemde aspekte 'n direkte invloed op die krisiswerker se effektiwiteit het. Elke kultuur het eiesoortige faktore wat stres veroorsaak, asook unieke wyses waarop hul hierdie stres hanteer. Kennis hieroor behoort ingewin te word en in die SAPD se krisisonthoelings-opleidingsprogram geïmplementeer te word. Indien die effek van hierdie program op die toekomstige krisiswerker weer ondersoek sal word, behoort toetse gebruik te word wat voorsiening maak vir diverse kulture.
- Die natoetsing van hierdie ondersoek is direk na afloop van die program gedoen en kon dus moontlik 'n invloed op die tellings gehad het. Daarom word aanbeveel dat diegene wat as krisiswerkers opgelei is, na 'n langer tydperk weer getoets moet word om vas te stel of die vermindering van stres en verhoging van konstruktiewe coping en psigologiese welsyn standhoudend is en of daar enige ander veranderinge plaasgevind het. Indien ander ondersoeksgroepe gebruik word, word aanbeveel dat natoetsings uit die staanspoor na 'n langer tydverloop moet plaasvind sodat die nuwe krisiswerker die geleentheid het om sy nuwe kennis te implementeer. Indien die toestand van die nuwe krisiswerker opgevolg kan word, kan ook vasgestel word of die program, na sy/haar mening, voldoende voorbereiding was vir dit waaraan hy/sy blootgestel word.
- Uit hierdie ondersoek het dit geblyk dat polisiebeamptes wat administratiewe werk verrig (kontrolegroep) selfs 'n hoër mate van stres ervaar as diegene wat funksionele diens verrig (eksperimentele groepe). Uit die gegewens van hierdie studie was dit duidelik dat oormatige stres 'n negatiewe invloed op hul psigologiese welsyn het. Daar word aanbeveel dat laasgenoemde in verdere navorsing ondersoek moet word om te bepaal wat die faktore is wat hierdie stres

veroorzaak en wat daaraan gedoen kan word. Die moontlikheid dat die totale polisiemag opleiding ten opsigte van byvoorbeeld selfontwikkeling en konstruktiewe copingvaardighede (soos in die krisisonthouings-opleidingsprogram vervat is) kan ontvang, moet ondersoek word.

- Die betekenisvolle verskille na afloop van die krisisonthouings-opleidingsprogram tussen eksperimentele groep 1 en 2 is waarskynlik te wyte aan verskillende unieke, individuele opleidingsmetodes. Die kursus kan verryk word indien die programaanbieders in die Noordwes-provinsie en Wes-Kaap hul kennis en metodes van aanbidding kan integreer.

BRONNELYS

ALDWIN, C.M. 1994. Stress, coping and development: an integrative perspective. London : The Guilford Press.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 1987. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. Washington, D.C.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 1994. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, D.C.

AMIRKHAN, J.H. 1990. A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator (CSI). *Journal of personality and social psychology*, 59(5):1066-1074.

AMIRKHAN, J.H. 1994. Criterion validity of a coping measure. *Journal of personality assessment*, 62(2):242-251.

ANTONOVSKY, A. 1987. Unravelling the mystery of health: how people manage stress and stay well. San Francisco : Jossey-Bass.

ANTONOVSKY, A. 1993. The structure and properties of the Sense of Coherence Scale (SOC). *Social science and medicine*, 36(6):725-733.

ARMFIELD, F. 1994. Preventing post traumatic stress disorder resulting from military operations. *Military medicine*, 159(12):739-746.

BELL, J.L. 1995. Traumatic event debriefing; service delivery designs and the role of social work. *Social work*, 40(1):36-43.

BLIGNAUT, A.M. 1998. A social work perspective on trauma amongst police personnel. (*In* SAPD. Division public safety and criminal justice. Proceedings of the National conference on

February 1998. Pretoria. p. 19-25.)

BRAMMER, L.M. 1991. How to cope with life transitions: the challenge of personal change. New York : Hemisphere.

BROWN, J.M. & CAMPBELL, E.A. 1994. Stress and policing: sources and strategies. New York : Wiley.

BURGERS, S.T.J. 1994. Facing the enemy. *Indicator SA*, 12(1):5-8.

CACIOPPE, R.L. & MOCK, P. 1985. Developing the police officer at work. West Yorkshire: MCB University Press.

CAPLAN, G.C. 1961. An approach to community mental health. New York : Grune & Stratton.

CARVER, C.S., SCHEIER, M.F. & WIENTRAUB, J.K. 1989. Assessing coping strategies: a theoretical based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2):267-283.

CERNEY, M.S. 1995. Treating the heroic treaters. (In Figley, C.R., *ed*. Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York: Brunner.)

CHANG, E.C. 1996. Cultural differences in optimism, pessimism, and coping: predictors of subsequent adjustment in Asian American and Caucasian college students. *Journal of counseling psychology*, 43(1):113-123.

COHEN, J. 1969. Statistical power analysis for the behavioral sciences. New York : Academic Press.

COHEN, S., KAMARCK, T. & MERMELSTEIN, R. 1983. A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 24(2):358-396.

COLLEY, N.D. 1995. An evaluation of the debriefing model of the South African Police Service as a crises intervention tool. Stellenbosch : US. (Skripsie - M.A.)

CONOLEY, J.C. & IMPARA, J.C. 1995. The twelfth mental measurements yearbook. s.l. The University of Nebraska Press.

CONRADIE, W.S. 1992. Die polisiebeampte se werk, stres en huwelik. Kaapstad : Instituut vir Gedragwetenskappe.

COREY, G. 1990. Theory of practice of counselling and psychotherapy. Pacific Grove, Calif.: Brooks.

CORMIER, W.H. & CORMIER, L.S. 1991. Interviewing strategies for helpers: fundamental skills and cognitive behavioral interventions. 3rd ed. Pacific Grove, Calif. : Brooks.

COWEN. 1991. In pursuit of wellness. *American psychologist*, 46(4):404-408.

CRONKITE, R.C. & MOOS, R.H. 1984. The role of predisposing and moderation factors in the stress-illness relationship. *Journal of health and social behavior*, 25:372-392.

CURTIS, J.M. 1995. Elements of critical incident debriefing. *Psychological reports*, 77(1):91-96.

DANSKY, B.S., ROTH, S. & KRONENBERGER, W.G. 1989. The Trauma Constellation Identification Scale: a measure of the psychological impact of a stressful life event. *Journal of traumatic stress*, 3(4):557-725.

DAVIS, M. 1994. Critical incident debriefing helps keep staff balanced. *American Correctional Association*, 56:20-22.

DE HAAS, M. 1998. Policing culture and stress: the experience of black members. (In SAPD. Division of public safety and criminal justice. Proceedings of the National conference of police officials as victims of trauma and crises held at the SA Technikon in Pretoria on 25 en 26 February 1998. Pretoria. p. 19-25.)

DE VOS, P. 1995. Policing. (*In Louw, R., ed. South African human rights yearbook. Durban centre of socio-legal studies.*)

DIENER, E., EMMONS, R.A., LARSON, R.J. & GRIFFEN, S. 1985. The Satisfaction of Life Scale. *Journal of personality assessment*, 49(1):71-75.

DIXON, S.L. 1987. Working with people in crisis, theory and practice. Columbus, Ohio : Merrill.

DORN, F.J. 1986. The social influence process in counseling and psychotherapy. Springfield, Ill. : Charles Thomas.

DOYLE, R.E. 1992. Essential skills and strategies in the helping process. Pacific Grove, Calif.: Brooks.

DRYDEN, W. & FLETHAM, C. 1995. Developing counsellor training. London : SAGE.

DUTTON, M.A. & RUBENSTEIN, F.L. 1995. Working with people with PTSD: research implications. (*In Figley, C.R., ed. Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York : Brunner.*)

DUVENHAGE, A. 1994. *A medical model of the stress episode*. (Paper presented in July at the National conference on managing stress and pressure in the work force.) Capetown. (Unpublished.)

DYREGROV, A. 1989. Caring for helpers in disaster situations: psychological debriefing. *Disaster management*, 2:25-30.

EGAN, G. 1990. The skilled helper: a systematic approach to effective helping. 4th ed. Pacific Grove, Calif. : Brooks.

ELLIS, A.E. 1962. Reason and emotion en psychotherapy. New York : Lyle Stewart.

EVERLY, G.S. 1995. The role of the Critical Incident Stress Debriefing (CISD) proves in disaster counselling. *Journal of mental health counselling*, 17(3):278-290.

EVERLY, G.S. & MITCHELL, J.T. 1997. Innovations in disaster and trauma psychology. Vol. 2. Critical incident stress management : CISM - a new era and standard of care in crisis intervention. Ellicott City, Md. : Chevron Publishing Corporation.

FEIRRERA, T. 1993. Polisiebeampte, slagoffer, mens. *Servamus*, 7(2):17-18.

FIGLEY, C.R. 1995. Compassion fatigue: coping with secondary stress disorder in those who treat the traumatized. New York : Brunner.

FLANNERY, R.B., PERRY, S., PENK, W.E. & FLANNERY, G.J. 1994. Validating Antonovsky's Sense of Coherence Scale. *Journal of clinical psychology*, 50(4):575-577.

FOLKMAN, S., CHESNEY, M., MCKUSICK, L., IRONSON, G., JOHNSON, D.S. & COATES, T.J. 1991. Translating coping theory into an intervention. (In Eckenrode, J., ed. The social context of coping. New York : Plenum Press.)

FOLKMAN, S., LAZARUS, R.S., GRUEN, R.J. & DELONGIS, A. 1986. Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 50(3):571-579.

FRANCE, K. 1982. Crisis intervention: a handbook of immediate person-to-person help. Ill.: Charles Thomas.

FULLER, G.D. & PETERS, J.T. 1982. Science of stress. *Credit and financial management*, 84:20.

GERSONS, B.P.R., CARLIER, I.V.E. 1992. Post-traumatic stress disorder: the history of a recent concept. *British journal of psychiatry*, 161:742-748.

GILLILAND, B.E. & JAMES, R.K. 1993. Crisis intervention strategies. 2nd ed. Pacific Grove, Calif. : Brookes.

GREENSTONE, J.L. & LEVITON, S.C. 1993. Elements of crises intervention; crises and how to respond to them. Pacific Grove, Calif. : Brooks.

HAASBROEK, C.M. 1990. Psigiese uitbranding: selfesteem en sosiale ondersteuning. Potchefstroom : PU vir CHO. (Skripsie - M.A.).

HAFEN, B.Q. 1982. The crisis intervention handbook. New Jersey : Prentice-Hall.

HODGKINSON, P.E. & STEWART, M. 1991. Coping with catastrophe: a handbook of disaster management. London : Routledge.

HOLAHAN, C.J. & MOOS, R.H. 1987. Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of personality and social psychology*, 52(5):946-955.

HOLCOMB, T.F., CHEPONIS, G.J., HAZLER, R.J. & PORTNER, E.A. 1994. Stress busting through personal empowerment. Muncie, Indiana : Accelerated Development.

HOUGH, R.L., VEGA, W., VALLE, R., KOLODY, B., GRISWALD DE GASTILLO, R. & TARKE, H. 1990. Mental health consequences of the San Ysidro McDonald's massacre: a community study. *Journal of traumatic stress*, 3(1):71-92.

HUISAMEN, M. 1993. Stres binne die SAP: "Ek kan nie meer nie". *Servamus*, 2(3):14-19.

HUYSAMEN, G.K. 1983. Inferensiële statistiek en navorsingsontwerp : 'n inleiding. Kaapstad: Academica.

JACOBS, E. 1993, a. Ontlonting van getraumatiseerde lede: voorgestelde doelwitaksieplan. (Onafgehandelde proefskrif.) Universiteit van Stellenbosch. (Ongepubliseer.)

JACOBS, E. 1993, b. Stresontlontingsmodel - Mitchell se CISM-model. (Onafgehandelde proefskrif.) Universiteit van Stellenbosch. (Ongepubliseer.)

JOSEPH, S., WILLIAMS, R. & YULE, W. 1993. Post-traumatic stress attributional aspects. *Journal of traumatic stress*, 6(6):501-511.

JOURE, S.A., LEON, J.S., SIMPSON, D.B., HOLLEY, C.H. & FRYE, R.L. 1989. Stress: the pressure cooker of work. *Personal administrator*, 34(3):92-95.

KAMMANN, N.R. & FLETT, R. 1983. Affectometer 2: a scale to measure current level of general happiness. *Australian journal of psychology*, 35(2):259-265.

KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J. & GREBB, J.A. 1994. Synopsis of psychiatry. 7th ed. London: Williams & Wilkens.

KLEINKE, C.L. 1991. Coping with life challenges. Pacific Grove, Calif. : Brookes.

KOEN, G. 1994. Understanding and treating combat-related post traumatic stress disorder - a soldier's story. Grahamstown : Rhodes University.

KOORTZEN, P. 1996. Die dimensionaliteit van polisiestressore. *Acta criminologica*, 9(2):55-63.

KRECH, D. & CRUTCHFIELD, R.S. 1974. Elements of psychology. New York : Alfred Knopf.

LANE, P.S. 1994. Critical incident stress debriefing for health care workers. *Omega*, 28(4):301-315.

LAZARUS, R.S. & FOLKMAN, S. 1984. Stress, appraisal and coping. New York : Springer.

LAZOVIK, J. 1995. Remember how to stay well: a regenerative tool for counselling centre staffs. *Journal of college psychotherapy*, 9(4):57-77.

LOUW, D.A. 1989. Suid-Afrikaanse handboek van abnormale gedrag. Kaapstad : Southern.

MALT, U. 1988. The longterm psychiatric consequences of accident injury: a longitudinal study of 107 adults. *British journal of psychiatry*, 153:108-818.

MARTIN, R.A., KUIPER, N.A., OLINGER, L.J. & DANCE, K.A. 1993. Humor, coping with stress, self-concept and psychological well-being. *Humor*, 6(1):89-104.

MASLACH, C. 1982. Burnout, the cost of caring. New Jersey : Prentice-Hall.

McCAN, I.L. & PEARLMAN, L.A. 1990. Vicarious traumatization: a framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of traumatic stress*, 3(1):131-149.

McCRAE, R.R. & COSTA, P.T. 1986. Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of personality*, 54(2):348-405.

McSHERRY, W.C. & HOLM, J.E. 1994. Sense of coherence: it's effect on psychological and physiological processes prior to, during, and after a stressful situation. *Journal of clinical psychology*, 50(4):475-487.

MILHAM, S. 1983. Occupation mortality in Washington State 1950-59. DHHS (NIOSH) Publication no. 83-116. Washington : US Government Printing Office.

MILLER, J.A. 1995. Updating PTSD. *Social work*, 40(4):576.

MILLER, K.I., STIFF, J.B. & HARTMAN ELLIS, B. 1988. Communication and empathy as precursors to burnout amongst human service workers. *Communication monographs*, 55:250-265.

MINNAAR, A. 1998. An analysis of the murder of members of the South African Police Service: 1994-1997. (In SAPD. Division public safety and criminal justice. Proceedings of the National conference of police officials as victims of trauma and crises held at the SA Technikon in Pretoria on 25 and 26 February 1998. Pretoria. p. 66-78.)

MITCHELL, J. T. 1983. When disaster strikes: The critical incident stress debriefing process. *Journal of emergency medical services*, 8(1):36-39.

MITCHELL, J.T. & EVERLY, G.S. 1995. Critical incident stress debriefing: an operations manual for the prevention of traumatic stress among emergency services and disaster workers. 2nd ed. Ellicott City, Md. : Chevron Publishing Corporation.

MODLIN, H.C. 1986. Post-traumatic stress disorder, no longer just for war veterans. *Postgraduate medicine*, 79(3):26-44.

MOKGATLHE, B.P. & SCHOEMAN, J.B. 1998. The relevance of personal domain satisfaction for the quality of life in South Africa. *South African journal of psychology*, 18:69-75.

MÖLLER, A.T. 1985. Rasioneel-emotiewe terapie in die praktyk. Stellenbosch : Universiteit Uitgewers.

MOOS, R.H. 1993. Coping Resources Inventory- Adult Form Manual. Florida : Odessa. (Psychological Assessment Resources.)

MOOS, R.H. 1994. Conceptual and empirical advances in stress and coping theory. (Paper presented from July 17th –22nd on the 23rd International Congress of Applied Psychology.) Madrid. (Unpublished.)

MOOS, R.H. & SWINDLE, R.W. 1994. Stressful life circumstances: concepts and measures. *Stress medicine*, 6:171-178.

NEL, J. 1998. An overview of themes in plenary sessions. (*In* SAPD. Division public safety and criminal justice. Proceedings at the National conference on police officials as victims of trauma and crises held at the SA Technikon in Pretoria on 25 and 26 February 1998. Pretoria. p. 1-11.)

NEL, J.A. & DE LANGE, Z.C. 1993. Die ideale polisiebeampte - mite of realiteit? *Servamus*, 7(2):VT11-VT13.

NEWBURN, T. 1993. Disaster and after: social work in the aftermath of disaster. London : Jessica Kingsley Publishers.

NORTH WEST. 1997. North West 2001 : condensed version strategic planning and development North West Province. Mmabatho.

NORTH, C.S., SMITH, E.M. & SPITZNAGEL, E.L. 1994. Post-traumatic stress disorder in survivors of a mass shooting. *American journal of psychiatry*, 151(1):82-88.

O'HAGEN, K. 1986. Crises intervention in social services. London : Macmillan Education.

OCHBERG, F.M. 1991. Post-traumatic therapy. *Psychotherapy*, 28(1):6-15.

ODENDAL, F.F. 1994. Verklarende handwoordeboek van die Afrikaanse taal. Johannesburg: Perskor.

OKUN, B.F. 1992. Effective helping: interviewing and counselling techniques. 4th ed. Pacific Grove, Calif. : Brooks.

OXFORD ENGLISH DICTIONARY. 1980. "Adorn." Vol.1. Oxford : Clarendon Press.

PAINE, W.S. 1982. Job stress and burnout. California : SAGE.

PARAD, H.J. & PARAD, L.G. 1990. Crisis intervention : the practioner's sourcebook for brief therapy. Milwaukee, Wis. : Family Service America.

PARKINSON, F. 1993. Post-trauma stress. London : Sheldon Press.

PARKINSON, F. 1997. Critical incident debriefing : understanding and dealing with trauma. London : Souvenir Press.

PAVOT, W. & DIENER, E. 1993. Review of the Satisfaction of Life Scale. *Psychological assessment*, 5(2):164-172.

PEARLIN, L.I., MENEGHAN, E.G., LIEBERMAN, M.A. & MULLAN, J.T. 1991. The stress process. *Journal of health and social behavior*, 22:337-356.

PLUG, C.; MEYER, W.F.; LOUW, D.A. & GOUWS, L.A. 1988. Psigologie woordeboek. Johannesburg : Lexicon.

PLUG, G.; MEYER, W.F.; LOUW, D.A. & GOUWS, L.A. 1993. Psigologie woordeboek. Johannesburg : Lexicon.

PRETORIUS, C. 1998. Police hit by stress, suicides. *The Citizen*:1, Mar.2.

RAPHAEL, B. 1986. When disaster strikes: a handbook for the caring professions. London : Hutchinsor.

ROBERTS, A.R. 1990. Crisis intervention handbook: assessment, treatment and research. Belmont, Calif. : Wadsworth.

SAVICKY, V. & COOLEY, E. 1987. The relationship of work environment and client contact to burnout in mental health professionals. *Journal of counselling and development*, 72:131-138.

SAWYER, C. 1998. Police adopt new methods to takle stress. *The Star*:6, May.28.

SCHÄRF, W. 1993. Policing in transition. Kaapstad : UCT Printing Unit.

SCHEIER, M.F. & CARVER, C.S. 1987. Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of personality*, 55(2):169-210.

SCHLOSSER, B. 1990. The assessment of subjective well-being and its relationship to the stress process. *Journal of personality assessment*, 54(1&2):128-140.

SEEMAN, J. 1989. Toward a model of positive health. *American psychologist*, 44(8):1099-1109.

SIEGEL, J.P. & DRISCOLL, S.L. 1995. Law enforcement critical incident teams: using psychodramatic methods for debriefing training. *Journal of group psychotherapy, psychodrama and sosiometry*, 48(2):51-60.

SLAIKEU, K.A. 1984. Crisis intervention - handbooks. Massachusets : Allan and Bacon, Inc.

SLAON, J. 1998. Reflecting on support structures available to police officers at station level in the Western Cape. (*In* SAPD. Division public safety and criminal justice. Proceedings of the National conference on police officials as victims of trauma and crises held at the SA Technikon in Pretoria on 25 and 26 February 1998. Pretoria. p. 221-235.)

SMITH, C. 1998. Sielkundiges het 400 lede van die SAPD in die Vrystaat van selfmoordplanne laat afsien. *Die Volksblad*:11, Jan.21.

SONDERUP, L. 1996. When trauma comes to the door. *People dynamics*, 14(8):12-16.

STATISTIESE KONSULTASIEDIENS. 1991. Praktiese statistiek vir die Geesteswetenskappe. Potchefstroom : PU vir CHO.

STEARNS, G.M. 1992. A multiple approach to the investigation of stress in the Royal Canadian Mounted Police. Regina : University of Regina. (Thesis – D.Phil.)

STUTTERHEIM, E. 1998. The influence of stress and trauma on the social functioning of a member of the SAPS. (*In* SAPD. Division public safety and criminal justice. Proceedings of the National conference on police Officials as victims of trauma and crises held at the SA Technikon in Pretoria on 25 and 26 February 1998. Pretoria. p. 107-117.)

SUTHERLAND, V.J. & COOPER, C.L. 1990. Understanding stress: a psychological perspective for health professionals. London : Chapman and Hall.

TEHRANI, N. & WESTLAKE, R. 1994. Debriefing individuals affected by violence. *Counselling psychology quarterly*, 7(3):251-259.

VAN RENSBURG, P. 1998. Die SAPD se krisisonlonting-opleidingsprogram. Potchefstroom. (Ongepubliseer.)

VAN ROOYEN, G.J.B. 1987. Beroepspanning onder polisiebeamptes. *Munisipale en openbare dienste*, 6(8):55-61.

VENINGA, R. & SPRADLEY, J. 1987. Job stress. (In Rice, P.L., red. Stress and health: principles and practice for coping and wellness. Calif. : Brookes. p. 223-224.)

VIOLANTI, J.M.; VENA, J.E. & MARSHALL, J.R. 1986. Disease risk and mortality among police officers: new evidence and contributing factors. *Journal of police science and administration*, 14:17-23.

VRANA, S. & LAUTERBACH, D. 1994. Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of traumatic stress*, 7(2):259-301.

WEITEN, W. & LLOYD, M.A. 1994. Psychology applied to modern life: adjustment in the 90's. Pacific Grove, Calif. : Brookes.

WILSON, M.C. 1993. Die polisiebeampte binne die Suid-Afrikaanse konteks. *Servamus*, 2(3):VT2-VT9.

WINETT, R.A. 1995. A framework for health promotion and disease prevention programs. *American psychologist*, 50(5):341-350.

WISSING, M.P. & DU TOIT, M.M. 1994. Relations of NEO-PI-R dimensions to sense of coherence (SOC) and other measures of psychological wellbeing. (Paper presented from July 17th-22nd on the 23rd international congress of applied psychology.) Madrid. (Unpublished.)

WISSING, M.P. & VAN EEDEN, C. 1994. Psychological well-being: measurement and construct clarification. (Paper presented from July 17th-22nd on the 23rd International Congress of Applied Psychology.) Madrid. (Unpublished.)

WISSING, M.P. 1995. Die dinamiek van lewenskonteks, individuele verskille, copingprosesse en psigologiese welsyn van jeugdiges, met die oog op kapasiteitsbou en prevensie. Fakulteit Lettere en Wysbegeerte. Potchefstroom : PU vir CHO.

WITMER, J.L. & SWEENEY, T.J. 1992. A holistic model for wellness and prevention over life span. *Journal of counselling and development*, 71:140-146.

WRIGHT, H.N. 1993. Crisis counselling: what to do and say during the first 72 hours. Venture, Calif. : Regal Books.

ZEIDNER, M. & ENDLER, N.S. 1996. Handbook of coping: theory, research, applications. New York : Wiley.